



Portada:
Francisco Solé y
Fuencisla del Amo

COMITE EDITORIAL

Elena Peláez, Rosario del Amo,
Gloria Rubiol, Balbino Pardavila,
Fuencisla del Amo, Gloria Pujol

COORDINADOR GENERAL

Balbino Pardavila

REDACCION

Gloria Pujol

DISEÑO

Fuencisla del Amo

SECRETARIA

Rosa Toledano

COLABORADORES REDACCION

Antonio Moral, Cristina Fraguas,
Elvira Cortajarena, Emilio González,
Gaspar García, Gregorio Rodríguez,
Iris Martínez, Joan Artells, Josep Arenas,
Landelino Cisneros, M.^a Angeles Campo,
Miguel Angel Cabra, Mikel Esnal,
Montserrat Colomer, Ricardo Montoro,
Román Zulaika, Rosa Doménech,
Terasa González, Teresa Urdinas,
Víctor Martín

EDITA

Consejo General de Colegios Oficiales
de Diplomados en Trabajo Social y
Asistentes Sociales, y colabora la
Dirección General de Asistentes
Sociales y Ministerio de Trabajo
y Seguridad Social

**ADMINISTRACION, REDACCION Y
SUSCRIPCIONES**

Doctor Cortezo, 11 - 2.º. 28012 Madrid
Teléfono 468 37 06

REALIZA

Consultores Editoriales, S. A. L.
P.º Imperial, 17. 28005 Madrid
Teléfono 266 99 40

IMPRIME

Gráficas Marte
Matilde Hernández, 36. 28019 Madrid

Depósito legal: M-16020-1984

El Comité Editorial no se identifica,
necesariamente, con el contenido
de los artículos publicados.

Sumario

EDITORIAL	5
EL MARCO JURIDICO DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES , por Paloma de la Peña y Lucía Beloqui	7
LA ATENCION PRIMARIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES: ¿META, MITO O REALIDAD? , por Josep Arenas	18
PRESUPUESTOS DE LA CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL DE CASTILLA-LEON , por Isabel Carriazo	23
LOS NIÑOS MALTRATADOS , por Iris Martínez	25
UN ACERCAMIENTO AL PROBLEMA DEL PARO JUVENIL , por Mikel Esnal	36
POLITICA SOCIAL Y MEDIOS DE INFORMACION , por María Fraguas de Pablo	44
SEMINARIO: "BIENESTAR SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES EN LA SITUACION DE CRISIS ECONOMICA"	48
EL SERVICIO DE VIDEO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES , por Gloria Pujol	51
SOBRE LA FINANCIACION DE LAS ATENCIONES DE SALUD , por Pilar Coll Cuota	54
ANTEPROYECTO DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD , por Antonio Moral Rubio	57
LAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO SOCIAL , por Elena Peláez Ochotorena	61
LA PROTECCION SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA , por Balbino Pardavila	66
METODO PARA UN ANALISIS DE LA POLITICA SOCIAL , por Joseph B. Kelley	74
CONVENIOS INTERNACIONALES SUSCRITOS POR ESPAÑA EN MATERIA DE PROTECCION SOCIAL	81
LISTA DE PUBLICACIONES	84

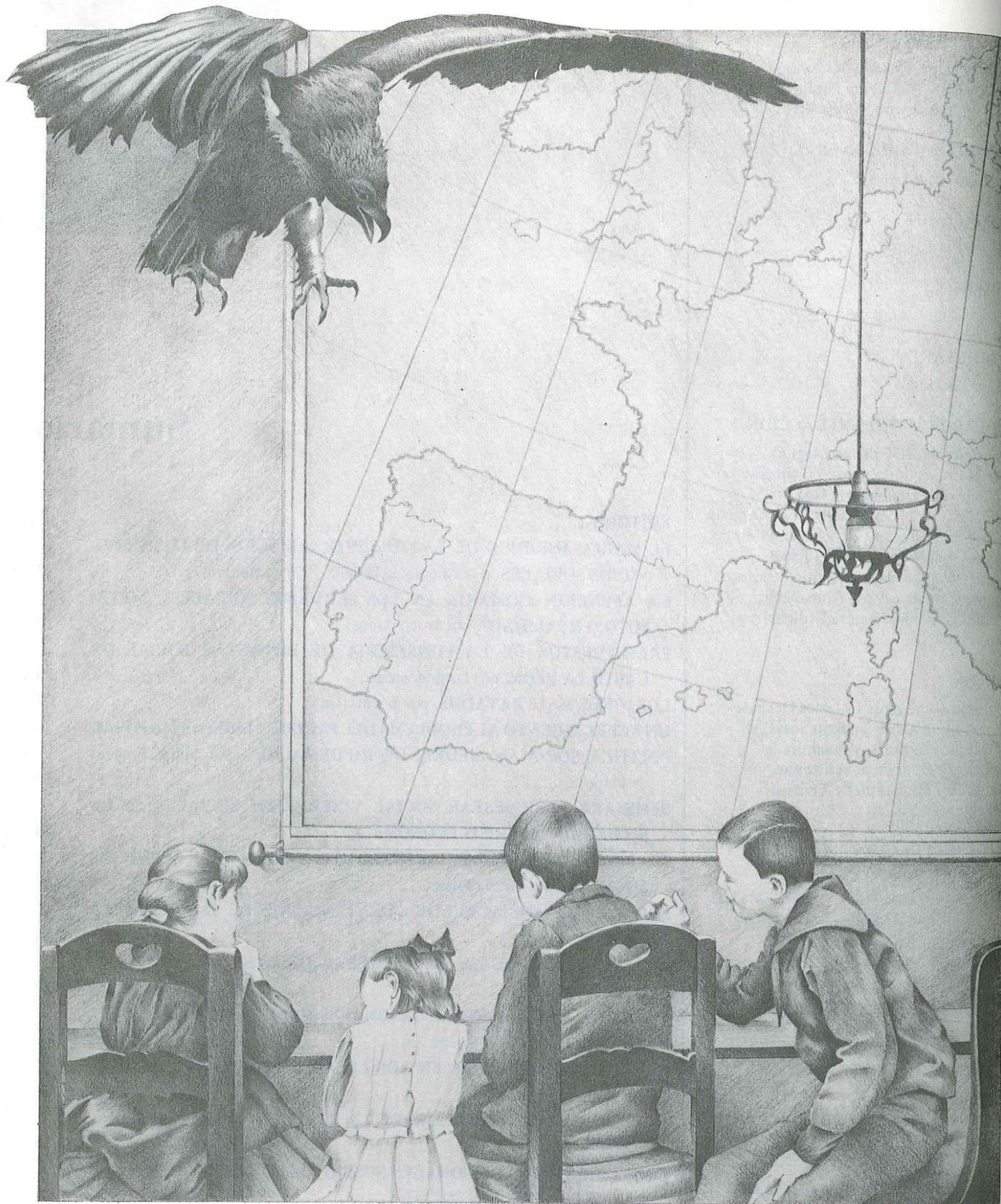


Ilustración de Fuencisla del Amo

A comienzos de octubre han sido presentados al Parlamento los Presupuestos Generales del Estado y de la Seguridad Social. En una coyuntura de profunda crisis económica y social en el Estado español, dentro de un contexto mundial de intensas mutaciones, los Presupuestos Generales del Estado y de la Seguridad Social mantienen e incluso incrementan en términos absolutos la mayor parte de las prestaciones de índole social. Los programas educativos, culturales, de Seguridad Social, debido a los incrementos en cantidad y a mejoras de gestión no sufren merma respecto a años anteriores. Sin embargo, los gastos públicos dedicados a la Defensa, del Ministerio del Interior muestran alzas comparativas de difícil justificación.

El paro, especialmente el juvenil, continúa creciendo de manera alarmante. Las clases media y obreras se enfrentan a restricciones en sus niveles de renta. La Seguridad Social se encuentra abocada a una Reforma, que puede reducir sensiblemente las prestaciones a otorgar, principalmente en cuestión de pensiones. Los problemas de los sistemas sanitarios y educativos permanecen en gran parte sin solucionar. La situación de la tercera edad, los minusválidos, minorías étnicas y otros colectivos marginados empeora paulatinamente.

En este proceso actualmente abierto, son diversas las opciones posibles, diferentes las soluciones ofertadas para los problemas sociales.

En las páginas que siguen se abordan varios de los temas fundamentales del panorama trazado.

Patrocinio Las Heras, directora general de Acción Social, manifiesta en la entrevista concedida a la **Revista de Servicios Sociales y Política Social** que "tenemos que encarar las presentes condiciones socioeconómicas como una catástrofe social (...) Procede alcanzar un acuerdo institucional entre las Comunidades Autónomas, los Ayuntamientos y Administración Central para poner en marcha un **Plan de Emergencia Social** para afrontar la dramática situación social".

Elena Peláez, vicepresidente del Consejo General de Asistentes Sociales, como conclusión final del artículo escrito sobre las Conferencias Internacionales de Bienestar Social, celebradas en Montreal, Canadá, el pasado verano, dice que "hoy todas las situaciones están interrelacionadas y las consecuencias afectan a todos y son responsabilidad de todos".

Los derechos sociales adquiridos por la población no pueden discutirse, sino potenciarlos y consolidarlos. Los Presupuestos del Estado, de la Seguridad Social deben velar para que el, a veces escaso, bienestar social logrado por la población española no disminuya. Es tarea del Gobierno crear y variar las formas de financiación y gestión, así como articular la cooperación social necesarias para hacerlo realidad.

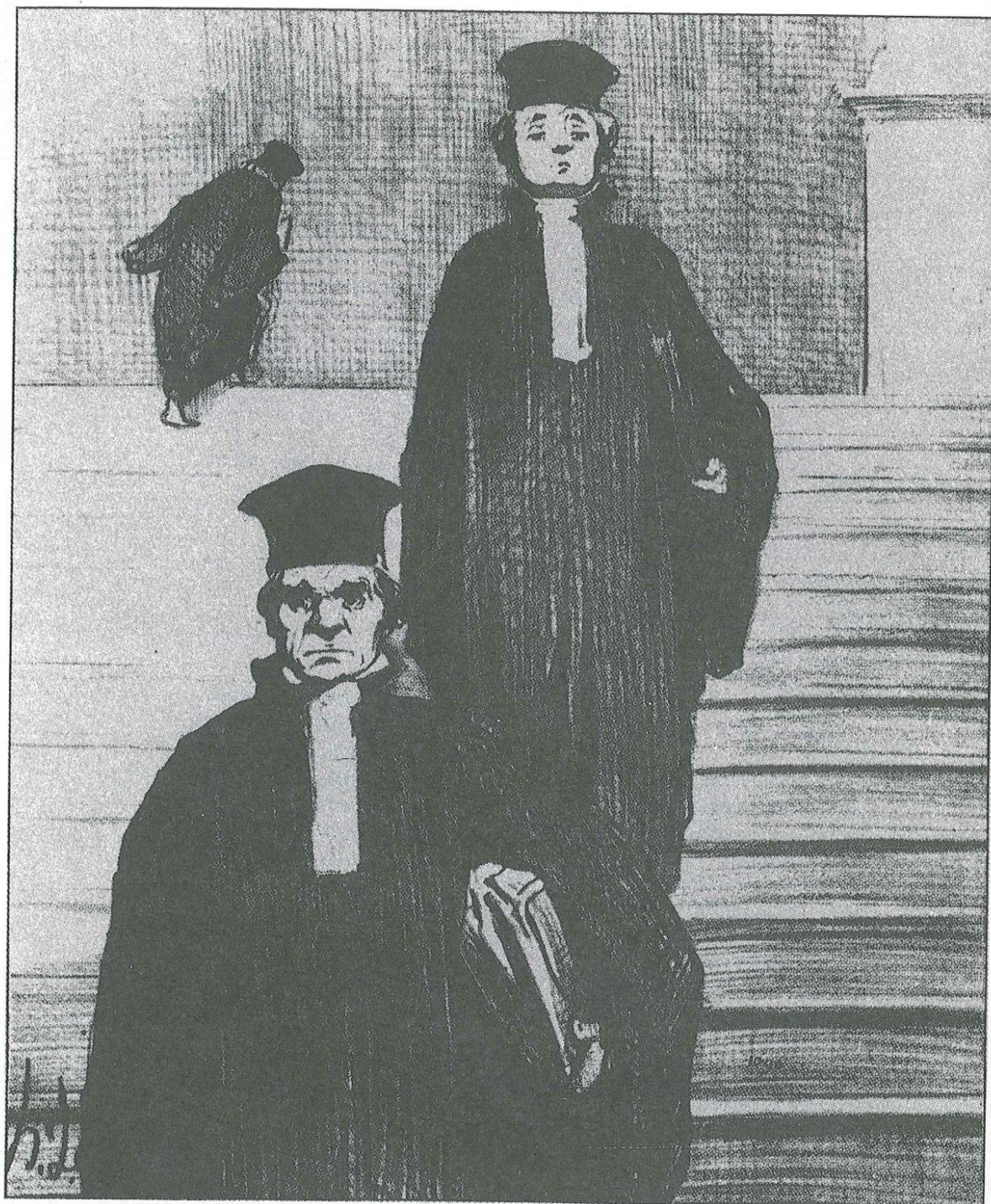


Ilustración de Honoré Daumier 1848

EL MARCO JURIDICO DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Paloma de la Peña Rosino
Lucía Belouqui Urmeneta

Considerando los Servicios Sociales en sentido amplio, analizaremos los preceptos constitucionales y los concordantes de las restantes normas jurídicas (Estatutos de Autonomía, Decretos de transferencias y disposiciones emanadas de los entes autonómicos) que constituyen su instrumentación jurídica. Comprende este análisis la definición del marco de lo posible y la exposición de lo realizado hasta ahora a partir del desarrollo constitucional.

La ambigüedad del texto constitucional, como veremos más adelante, si bien no determina de manera expresa cuál es el nivel adecuado en el que debe situarse la acción de planificación e impulso de los Servicios Sociales (Estado o Comunidades Autónomas) permite desde luego un desarrollo racional y fecundo de los mismos: primero, porque varios preceptos constitucionales se refieren directamente a la importancia de que "los poderes públicos" promuevan un sistema de Servicios Sociales, son en concreto los artículos, 50, 49, 39.1 y 2, 44 y 48 y en cierto modo también el 47 y el 51.1 y 2 y segundo, porque no limita el ejercicio de estas acciones (planificación e impulso de los Servicios Sociales) a las efectuadas dentro del campo de la Seguridad Social como sector de la política social más cualificado.

La inaplazable reforma de la Seguridad Social y la nueva Ley de Régimen Local brindan oportunidades que no deben desaprovecharse para sentar las bases de lo que debe ser un moderno sistema de Servicios Sociales que permi-

ta el paso desde la dispersión actual a la coordinación entre prestaciones de la Seguridad Social y Servicios Sociales y la estructuración de los mismos de manera descentralizada e integrada desde el nivel local para todos los ciudadanos.

1. Los Servicios Sociales en la Constitución

Ya hemos dicho que la Constitución no atribuye de modo expreso la competencia respecto de los Servicios Sociales al poder central ni a los autonómicos. Tangencialmente y siempre dependiendo del concepto que manejamos, los Servicios Sociales se encuentran incluidos en el artículo 149-1-17 y en el 148-1-20, según nos estemos refiriendo a los Servicios Sociales de la Seguridad Social o excluyamos a éstos (1).

Las consecuencias jurídico-organizativas de su ubicación en uno u otro artículo son decisivas a la hora de planificar una estructura descentralizada de los Servicios Sociales.

a) El artículo 149-1-17 atribuye a la competencia exclusiva del Estado "la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social". En la expresión constitucional "Seguridad Social" hay que entender (por el momento y mientras no exista una nueva Ley de Seguridad Social) que están incluidos según el artículo 20 de la Ley General de la Seguridad Social "los Servicios Sociales a que la presente Ley se refiere" y la Asistencia Social (art. 20.1 c) y 2).

Queda así claro que los Servicios Sociales citados en dicho artículo 20,

reorganizados más tarde a partir del Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, e integrados posteriormente en el INSERSO (no todos, porque algunos pasaron a ser gestionados por la Administración Institucional como ya vimos) no son materia de competencia autonómica sino exclusiva del Estado como el resto de la Seguridad Social y corresponde únicamente a las Comunidades Autónomas la ejecución de sus servicios.

Respecto a la Asistencia Social, aquí se entiende en el sentido de ser una técnica jurídica diferente a la provisional y que está integrada con ella en el sistema de Seguridad Social "como complemento de las prestaciones establecidas en el número anterior" (art. 20.2), esto es las básicas.

Esta opinión es la mantenida por cuantos han tratado el tema y Borrajo la ha expresado en los siguientes términos: "La Seguridad Social como sistema de protección social podrá integrar sus servicios prestacionales con distintas técnicas jurídicas y por tanto dentro de ella pueden mantenerse o crearse en el futuro servicios de base contributiva, asistencial, etcétera. O dicho de

(1) José María FERNANDEZ PASTRANA se refiere también a estos dos "bloques" de Servicios Sociales en función de que tengan o no un manifiesto carácter complementario de ciertas prestaciones económicas de la Seguridad Social, en su trabajo "Seguridad Social y Estado de las Autonomías", de próxima aparición en la Revista de Documentación Administrativa.

otro modo la técnica jurídica por sí misma no afecta a la composición final del sistema ni a la atribución de las competencias" (2).

b) El artículo 148-1.20 establece que las Comunidades Autónomas "podrán asumir competencias en materia de Asistencia Social". Esta Asistencia Social es la prestada en régimen público no contributivo y que incluye con independencia de su ubicación orgánica, a los Servicios Sociales, en su más amplio sentido.

Este es el campo propio de la competencia de las autonomías respecto de los Servicios Sociales y a partir de esta asunción de competencias por los Estatutos de Autonomía puede comenzarse la descentralización de los mismos.

Se ha comparado la distribución de competencias entre poder central y autonomías en materia de Asistencia Social en nuestra Constitución con la italiana de 1947. Efectivamente, el artículo 117 de la Constitución italiana puede homologarse con el 148.1-20 de la española en cuanto que establece que de las regiones emanarán normas legislativas en materia de beneficencia pública, asistencia sanitaria y hospitalaria. Este precepto es el que ha posibilitado posteriormente todo el sistema de descentralización de los Servicios Sociales integrados en torno a los servicios sanitarios.

Sin embargo, interesa destacar por la importancia que en futuro ha de tener en la estructura de los Servicios Sociales, y si es que en alguna medida es válido (y puede serlo) el modelo italiano, el diferente tratamiento que en ambas constituciones recibe la asistencia sanitaria.

En nuestra Constitución, en virtud del artículo 149.1-16 es competencia exclusiva del Estado "las bases y coordinación general de la Sanidad", quedando pues para la asunción por vía estatutaria en esta materia únicamente el desarrollo de esa legislación básica.

Por otra parte el artículo 148.1-21 establece que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de "Sanidad e higiene". Entendemos (3) que esta sanidad es la sanidad pública, o sea la asistencia sanitaria no contributiva ajena a la prestada por la Seguridad Social.

En resumen, este doble tratamiento del tema sanitario conduce cuando menos a la conclusión de que se trata en el mejor de los casos de una competencia compartida, pero que la parcela de

COMPETENCIAS ASUMIDAS POR LOS ESTATUTOS DE AUTONOMÍA DE ASISTENCIA Y SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD E HIGIENE* Y SEGURIDAD SOCIAL

Estatutos de Autonomía por la vía de los artículos 151, 152 y Disposición transitoria 2.^a de la Constitución

Estatutos de Autonomía	Competencia exclusiva	Desarrollo legislativo y ejecución
Catalán	- Higiene (art. 9.11). - Asistencia social (art. 9.25). - Juventud (art. 9.26). - Promoción de la mujer. Protección y tutela de menores (artículo 9.27).	- Sanidad interior (1) (art. 17.1). - Seguridad Social (salvo las normas que configuran el régimen económico, en el que le corresponde la gestión) (art. 17.2).
Vasco	- Asistencia social (art. 10.12). - Higiene (art. 10.15). - Desarrollo comunitario. Condición femenina. Política infantil, juvenil y de tercera edad (art. 10.39).	- Sanidad interior (art. 13.1). - Seguridad Social (salvo las normas que configuran el régimen económico, en el que le corresponde la gestión) (art. 13.2).
Galicia	- Asistencia social (art. 27.23).	- Sanidad interior (art. 33.1). - Seguridad Social (salvo las normas que configuran el régimen económico, en el que le corresponde la gestión) (art. 33.2).
Valencia	- Higiene (art. 31.11). - Asistencia social (art. 31.24). - Juventud (art. 31.25). - Promoción de la mujer (artículo 31.26). - Protección de menores, jóvenes, emigrantes, tercera edad, minusválidos o sectores sociales requeridos de especial protección, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación (art. 31.27).	- Sanidad interior (art. 38.1). - Seguridad Social (salvo las normas que configuran el régimen económico, en el que le corresponde la gestión) (art. 38.2).
Navarra	- Asistencia social (art. 44.17). - Desarrollo comunitario. Condición femenina. Política juvenil y tercera edad (art. 44.18).	- Sanidad interior e higiene (artículo 53). - Seguridad Social (salvo las normas que configuran el régimen económico, en el que le corresponde la gestión) (art. 54).
Andalucía	- Sanidad e higiene (art. 13.21). - Asistencia y Servicios Sociales. Orientación y planificación familiar (art. 13.22).	- Sanidad interior (art. 20.1). - Seguridad Social (salvo las normas que configuran el régimen económico, en el que le corresponde la gestión) (art. 20.2).

* El término higiene, de impreciso alcance en el artículo 148.21 de la Constitución, es a veces comprensivo de medidas de sanidad pública, tradicionalmente competencia de los Entes territoriales, y es en este sentido en el que aquí la consideramos.

(1) El término de "Sanidad interior", no aludido en la Constitución, es ya usual como contenido de la competencia exclusiva que el artículo 149.16 de la Constitución atribuye al Estado en cuanto a las "Bases y coordinación general de la Sanidad" y por oposición al de Sanidad exterior del mismo artículo.

autonomía de los entes territoriales queda supeditada de manera muy vinculante a lo que regule el poder central.

El caso italiano es muy distinto. La competencia legislativa en materia de "asistencia sanitaria y hospitalaria", a tenor del artículo 117 de la Constitución corresponde a las regiones. No se diferencia entre una sanidad pública y otra del sistema de Seguridad Social

(2) Efrén BORRAJO DACRUZ, en ob. cit. pag. 188. A esta conclusión llegan también DE LA VILLA GIL y DESDENTADO BONETE en su artículo "Delimitación de competencias Estado-Comunidades Autónomas en materia de relaciones laborales y Seguridad Social. De la experiencia republicana a la Constitución de 1978", publicado en Cuadernos de Derecho del Trabajo, núm. 4, 1980.

(3) También es esta la opinión de DE LA VILLA GIL y DESDENTADO BONETE en el trabajo ya citado.

Estatutos de Autonomía por la vía de los artículos 143, 146 y 147 de la Constitución

Estatutos de Autonomía	Competencia exclusiva	Desarrollo legislativo y ejecución
Asturias	- Asistencia y bienestar social (artículo 10.p).	- Sanidad e higiene (art. 11.g). - Coordinación hospitalaria incluida la de la Seguridad Social (artículo 11.j). - Seguridad Social (2) (art. 13.1.h).
Cantabria	- Asistencia y bienestar social, incluida la política juvenil (artículo 22.18).	- Sanidad e higiene (art. 23.3). - Seguridad Social (2) (art. 25.1.k).
Rioja	- Asistencia y bienestar social, incluida la política juvenil (artículo 8.18).	- Sanidad e higiene (art. 9.5). - Coordinación hospitalaria en general (art. 9.9). - Trabajo y Seguridad Social (2) (artículo 11.g).
Murcia	- Bienestar y Servicios Sociales (artículo 10.1.o). - Política juvenil (art. 10.1.p).	- Sanidad e higiene (art. 11.f). - Coordinación hospitalaria en general incluida la de la Seguridad Social (art. 11.k). - Gestión del Régimen Económico de la Seguridad Social (3) (artículo 13.1.ll).
Aragón	- Asistencia, bienestar social y desarrollo comunitario. Juventud (artículo 35.1.19). - Sanidad e higiene (art. 35.1.20).	- Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social (art. 36.1.o). - Seguridad Social (2) (art. 37.1.b).
Castilla-La Mancha	- Asistencia y Servicios Sociales. Promoción y ayuda a los menores jóvenes, tercera edad, emigrantes, minusválidos y demás grupos sociales necesitados de especial atención, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación (artículo 31.1.p).	- Sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud. Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social (art. 32.3). - Seguridad Social (2) (art. 34.i).
Canarias	- Asistencia y Servicios Sociales (artículo 29.7).	- Sanidad e higiene (art. 32.7). - Ejecución de los servicios de la Seguridad Social (2) (4) (art. 34.B.B).
Castilla-León	- Asistencia social y Servicios sociales (art. 26.1.18).	- Sanidad e higiene (art. 27.1.1.º). - Coordinación hospitalaria en general, incluida la Seguridad Social (art. 27.1.2.º). - Seguridad Social (2).
Extremadura	- Asistencia social y bienestar social (art. 7.1.20).	- Sanidad e higiene. Centros sanitarios y hospitalarios públicos. Coordinación hospitalaria en general (art. 8.6). - Seguridad Social (2) (art. 10.1.k).
Baleares	- Juventud y tercera edad (artículo 10.1.11). - Asistencia y beneficencia sociales. Sanidad e higiene (art. 10.1.12).	- Coordinación hospitalaria incluida la de la Seguridad Social (artículo 11.7). - Servicios de la Seguridad Social y gestión de su régimen económico (art. 12.5).
Madrid	- Asistencia social (art. 26.18).	- Sanidad e higiene (art. 27.7).

(2) Los Estatutos de Autonomía ordinarios asumen la competencia en materia de Seguridad Social, bien por el cauce del artículo 148.2 de la Constitución (esto es, transcurridos cinco años de la aprobación de sus Estatutos y mediante Ley Orgánica de reforma del mismo), o por el del artículo 150.1 y 2 (esto es, mediante Leyes Orgánicas de delegación).

(3) Este Estatuto, pese a ser ordinario, podría aspirar, pasado el período transitorio, a un nivel más amplio de competencias, pero las limita únicamente a la "gestión".

(4) El Estatuto de Autonomía para Canarias también rompe la homogeneidad al no asumir competencias legislativas en materia de Seguridad Social, sino sólo de gestión.

y aún en el caso de que esta distinción quepa al amparo del término "beneficencia pública" la competencia está igualmente en los entes regionales. La constitución del Servicio Nacional de la Salud es el resultado de esta integración.

c) Además de lo expuesto en los apartados anteriores la Constitución contiene referencias directas a los Servicios Sociales en el Título I, capítulo III. Las más concretas son las contenidas en el artículo 49 con respecto a la "prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos" (4) y sobre todo en el artículo 50 en el que compromete a los poderes públicos a promover el bienestar de los ciudadanos durante la tercera edad, mediante "un sistema de Servicios Sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio". Además, el artículo 39.1 sobre la familia, el 44 sobre el acceso a la cultura, el 48 sobre la participación de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural, el 47 relativo al derecho a una vivienda digna y adecuada y el 40.1 y 2 sobre los servicios sociales conexos con la política de empleo.

2. Los Servicios Sociales en los Estatutos de Autonomía

Para una visión de conjunto más clarificadora hemos realizado el cuadro que se incorpora, en el que se reflejan las competencias asumidas por los Estatutos de Autonomía en materia de Servicios Sociales, Asistencia Social, Sanidad e Higiene y Seguridad Social.

Las conclusiones más claras del cuadro, son las siguientes:

a) En cuanto a la Asistencia Social y Servicios Sociales, todos los Estatutos de Autonomía asumen la competencia en la materia como exclusiva, si bien la falta de rigor terminológico es muy destacable, como puede apreciarse. Consideramos no obstante que al amparo de cualquiera de las denominaciones, las genéricas (bienestar social, asistencia, etc.) o las específicas (promoción de la mujer, menores, jóvenes, tercera edad, etcétera) se recoge lo que hoy se entiende por Servicios Sociales en sentido amplio.

(4) Este artículo ha tenido ya un desarrollo en la Ley 12/1982, de 7 de abril (B.O.E. 30 abril), de integración social de los minusválidos, que incluso modifica la Ley General de la Seguridad Social.

b) El tema de la Sanidad e higiene tiene un desigual tratamiento. Lo más frecuente es que los Estatutos "ordinarios" se atribuyan al desarrollo legislativo y la ejecución de ambas materias (es el caso de los de Asturias, Cantabria, Rioja, Murcia, Canarias, etc.). A éstas se une la de "coordinación hospitalaria", incluida la de la Seguridad Social según precisan algunos. Los "especiales" en cambio distinguen entre higiene que queda configurada como materia de competencia exclusiva y sanidad (o sanidad interior) que es materia de desarrollo legislativo.

Sin embargo, cabe cualquier otra posibilidad porque la imprecisión de los conceptos, el doble tratamiento del tema "sanidad" en la Constitución y su naturaleza de competencia compartida que los estatutos de autonomía en absoluto han delimitado, deja todo pendiente de que por vía de las Leyes Orgánicas de desarrollo de la Constitución, de las de reforma de los Estatutos de Autonomía, o por la Ley de Armonización del Proceso Autonómico, se llegue a una situación más homogénea.

c) En cuanto a la Seguridad Social, a las Comunidades Autónomas les corresponde la ejecución de los servicios (art. 149-1-17) inherentes a las competencias asumidas, por la vía de los Decretos de transferencias.

Los Estatutos de Autonomía vasco, catalán, andaluz, gallego, navarro y valenciano precisan casi con las mismas palabras que los respectivos poderes autonómicos podrán "organizar y administrar"... todos los servicios relacionados con la materia de Seguridad Social y "ejercerán la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en esta materia... reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo". En ese sentido, los artículos 18.4 del Estatuto del País Vasco, el 17.4 del catalán, el 33.4 del gallego, el 20.4 del andaluz, 38.4 del valenciano, y el 54.2 de la Ley Orgánica de reintegración y mejoramiento del régimen Foral de Navarra (5).

Por el momento el único régimen autonómico que tiene trasferidos los Servicios Sociales de la Seguridad Social, esto es INSERSO e INSALUD, es el catalán en virtud del Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio.

Los restantes Estatutos de Autonomía, los ordinarios, no tienen actualmente asumidas competencias en materia de Seguridad Social, con lo que tampoco se han transferido sus servicios.

3. Los Decretos de transferencias

La efectividad de las previsiones Constitucionales y de los Estatutos de Autonomía respecto de las competencias, funciones y servicios transferibles se lleva a cabo por los Decretos de transferencias.

Los Estatutos prevén la creación de las Comisiones Mixtas de transferencias con representación de ambos poderes, central y autonómico, que tienen por finalidad la elaboración de propuestas al Gobierno que éste aprueba mediante Real Decreto.

Aún siendo un medio esencialmente técnico, el Decreto de transferencias es la manifestación más palpable del nivel real de autonomía alcanzado. Esta es la razón de las implicaciones políticas del tema en función de la valoración de los criterios de oportunidad apreciables en cada caso por el Gobierno.

Sin embargo una de las finalidades pretendidas es la de homogeneidad de los procesos de transferencias. Esta se encuentra en la misma inspiración del artículo 150.3 de la Constitución: "El Estado podrá dictar leyes que establezcan los principios necesarios para armonizar las disposiciones normativas de las Comunidades Autónomas aún en el caso de materias atribuidas a la competencia de éstos, cuando así lo exija el interés general". Este es también el fundamento del Proyecto de Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico, y en este sentido los recelos o temores de que por esta vía y en defensa del principio de homogeneidad pueda llegarse a un verdadero freno o límite de las competencias de las Comunidades Autónomas.

En las disposiciones que regulan el funcionamiento y composición de las Comisiones Mixtas de Transferencias aparece el mismo espíritu de salvaguardar esa homogeneidad como es el caso del Real Decreto 2968/1980, de 12 de diciembre, que en su artículo 1.º-2 establece que las Comisiones Mixtas de Transferencias estudiarán y elaborarán las propuestas de traspaso de competencias, funciones y servicios "atendiendo especialmente a la homogeneización de los procesos de transferencia a fin de equiparar los niveles de competencias asumidas".

Por lo que se refiere a las transferencias de Servicios Sociales, se han llevado a cabo mediante los correspondientes Reales Decretos a casi todos los regímenes autonómicos. Únicamente los de más reciente constitución no cuentan

aún con la citada transferencia: Baleares, La Rioja y Madrid. Hay varias modalidades de transferencias:

A) En el caso de Cataluña, País Vasco, Galicia, Navarra y Cantabria, la transferencia ha sido individualizada, esto es, directamente del poder central al autonómico correspondiente. Los Decretos transfieren "asistencia y servicios sociales", pero los del País Vasco y Cataluña, abarcan también la materia de sanidad pública, y se le transfiere en consecuencia la administración institucional de la sanidad nacional al amparo de la competencia de "desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado" que les corresponde en materia de sanidad interior (arts. 18-1 y 17-1 respectivamente de los estatutos del País Vasco y de Cataluña).

En relación con este tema en el apartado B-4 del Real Decreto 1949/1980, de 31 de julio, sobre traspaso de servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña en materia de sanidad y servicios y asistencia social, puntualiza que el traspaso de los centros asistenciales hospitalarios de la administración institucional de la sanidad nacional será efectivo tras la realización de los oportunos conciertos con el Instituto Nacional de la Salud. Esta propuesta aparece después recogida como competencia de la Generalidad en el Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspaso de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO). Así en el punto B-4 se prevé "el establecimiento, gestión y actualización de los conciertos con las instituciones sanitarias y asistenciales que presten servicios en Cataluña dentro de los límites presupuestarios".

Desde un punto de vista crítico, hay que apuntar que realmente el diferente grado de asunción de las competencias asistenciales de la Seguridad Social y de las públicas por parte de las comunidades autónomas, impedirá llegar a una integración de ambas, quedando únicamente la vía del concierto para hacer efectivas unas competencias que poseen en el mayor de los grados, en exclusiva, y que son las asistenciales públicas, pero que a su vez son las más carentes de recursos (financieros, materiales, huma-

(5) Sobre el alcance de la expresión "ejecución de servicios" y las posibilidades de las Comunidades Autónomas de ejercer su autogobierno, ver el citado artículo de José María FERNANDEZ PASTRANA y más sucintamente DE LA VILLA y DESDENTADO, también en el citado artículo, pág. 174.

nos). Frente a ellas las asistenciales de la Seguridad Social que están encuadradas en una estructura más centralizada.

Realmente las "precauciones" del Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspaso del INSERSO e INSALUD son destacables. En el punto B, después de designar con su denominación, organización y funciones los servicios e instituciones que se traspasan, el apartado 7, dice textualmente: "La gestión de los Centros, Establecimientos y servicios así como las funciones que se traspasan, se realizará de acuerdo con la legislación básica del Estado. Igualmente la Comunidad Autónoma se sujetará a la normativa general de la Seguridad Social en lo relativo a la determinación de los beneficiarios, requisitos e intensidad de la acción protectora y régimen económico-financiero y económico-administrativo".

El alcance de las previsiones estatutarias de que la Generalidad de Cataluña podrá "organizar y administrar" todos los servicios de la Seguridad Social dentro de su territorio (art. 17.4) no es precisamente generoso en esta materia, si no que parece más bien haber sufrido un recorte por la vía del Decreto de transferencias. Otra cosa sería si el Decreto citado hablase de "reorganizar" como lo hace el Real Decreto 1949/1980, de 31 de julio, sobre traspaso del Estado a la Generalidad de Cataluña en materia de sanidad y servicios y asistenciales sociales, en su punto B apartado 8: "Las anteriores transferencias no alteran la adscripción de los centros y establecimientos al cumplimiento de sus fines benéfico o asistenciales sin perjuicio de las reorganizaciones que puede acordar la Generalidad", disposición, que dicho sea de paso, no encontramos en otros Decretos de transferencias de esta misma materia a otras Comunidades Autónomas.

B) Las restantes Comunidades Autónomas han pasado por dos fases en la atribución de competencias en materia de servicios y asistenciales sociales.

El Real Decreto 251/1982, de 15 de enero, aprobó las propuestas de transferencias de competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado a los regímenes preautonómicos de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, Murcia y Valencia en las materias de servicios y asistenciales sociales.

A partir de este Real Decreto las comunidades autónomas ya constituidas, han ido asumiendo mediante Decreto las competencias transferidas y las

han asignado y distribuido entre los correspondientes órganos.

Actualmente, Andalucía y Asturias están en la fase definitiva, mientras que el resto aún en la de transferencia preautonómica.

4. La regulación de los Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas

Los únicos regímenes autonómicos que han aprobado leyes sobre Servicios Sociales son por orden cronológico el País Vasco (Ley 6/1982, de 20 de mayo), el Régimen Foral de Navarra (Ley 14/1983, de 30 de marzo) y Cataluña (Ley aprobada por el Parlamento Catalán el 29 de junio de 1983 (6)).

a) Ley de Servicios Sociales 6/1982, de 20 de mayo, Parlamento Vasco.

En la exposición de motivos de la ley y entre sus objetivos se encuentra la unificación funcional de los distintos organismos existentes en el área de los Servicios Sociales, tanto de los dependientes de la Seguridad Social como los de los Presupuestos Generales del Estado, dado que la Comunidad Autónoma Vasca no goza de competencias idénticas en los dos campos, si bien, con el tiempo, se espera llegar a fórmulas más satisfactorias.

El concepto de Servicios Sociales utilizado por la ley, se basa en el definido por el artículo 14 de la Carta Social Europea: "La presente ley tiene por objeto garantizar, mediante un sistema público de servicios, aquellas prestaciones sociales que tienden a favorecer el pleno y libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad, promover su participación en la vida ciudadana y conseguir la prevención o eliminación de las causas que conducen a su marginación" (art. 1.º). En cuanto a la titularidad del derecho lo serán "los residentes y transeúntes no extranjeros en el País Vasco, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan".

Por lo que respecta a la atribución de competencias es de destacar el papel de los ayuntamientos y entes supramunicipales, responsables no sólo de la gestión y organización de los Servicios Sociales en su ámbito, sino capaces de proceder también a la creación de servicios que se demuestren necesarios.

Otra particularidad de la ley es que crea un Consejo Vasco de Bienestar Social, de carácter consultivo y compo-

sición paritaria entre los representantes de la Administración Pública y los trabajadores y destinatarios de los Servicios Sociales (arts. 19 y 20). A su vez cada diputación, ayuntamiento o ente supramunicipal establecerá su Consejo de Bienestar Social, que conocerá y analizará la gestión de los servicios y las demandas sociales.

En cuanto a la financiación, se consignará anualmente la cantidad destinada a hacer frente a estas competencias, con cargo a los presupuestos generales del Gobierno autónomo. Asimismo las diputaciones deberán consignarlos en sus presupuestos, tanto para la actividad que cae dentro de su radio de acción, como para aquellos servicios o programas aprobados para los ayuntamientos o entes supramunicipales. Los ayuntamientos igualmente establecerán una partida especial dirigida exclusivamente al mantenimiento y desarrollo de sus Servicios Sociales.

La ley trata de suprimir las subvenciones discrecionales a fondo perdido, por otras fórmulas que exijan mayor responsabilidad y eficacia.

Se abre la posibilidad de que los usuarios participen en la financiación de determinados servicios.

La primera planificación anual de Servicios Sociales se elaborará por el Gobierno de la Comunidad Autónoma Vasca, previo informe del Consejo Vasco de Bienestar Social, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley.

b) Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales, Parlamento de Navarra.

Bajo el título de Servicios y Actuaciones se regula la competencia del Gobierno autónomo en materia de Servicios Sociales. En este punto cabe destacar dos aspectos: uno referente al campo de aplicación, al establecerse la "igualdad-universalidad" de los servicios y actuaciones sociales a todos los ciudadanos, sin discriminación. Y otro que se refiere a su estructura y organización al fijar la descentralización por medio de ayuntamientos y mancomunidades, con la finalidad de conseguir el acercamiento de los servicios y la participación de los ciudadanos, participación garantizada tanto en la planifica-

(6) A la fecha de conclusión de este trabajo la Ley de Administración Institucional de la Sanidad, Asistencia y Servicios Sociales de Cataluña no está aún publicada.

ción como en el control de los servicios. Asimismo se autoriza al Gobierno de Navarra para transferir a los ayuntamientos y mancomunidades la gestión de centros y servicios.

El Gobierno de Navarra y los ayuntamientos serán los encargados de llevar a cabo todas las medidas jurídicas y administrativas a través de los siguientes órganos:

— Dirección General de Servicios Sociales.

— Departamentos Municipales de Servicios Sociales.

— Organismo Autónomo Servicio de Asistencia Social.

Su finalidad es el cumplimiento de las funciones de planificación, asesoramiento, tutela, creación y desarrollo de servicios, entre otras. Por otra parte, la iniciativa privada podrá organizar Entidades Asociadas.

A otro nivel se crean las Juntas Superiores Locales de Servicios Sociales, de carácter consultivo y funciones de vigilancia y control.

La financiación de los servicios y actuaciones sociales se efectúa con cargo a los Presupuestos Generales de Navarra, y respecto a su cuantía no deberá ser inferior al 6 por ciento de dichos presupuestos. En los ayuntamientos las partidas de gastos de Servicios Sociales no deberán ser inferiores al 4 por ciento de sus presupuestos, sin contabilizar a estos efectos las aportaciones económicas del Gobierno de Navarra, transferidas para la gestión de los servicios que les encomienden.

c) Ley de Administración Institucional de la Sanidad, Asistencia y Servicios Sociales de Cataluña, aprobada el 29 de junio de 1983 por el Parlamento Catalán.

La importancia de la ley desde el punto de vista de la materia a regular reside en la inclusión de la sanidad, con la finalidad declarada en la exposición de motivos de lograr mediante una regulación general de las materias afectadas (como opción frente a la de una regulación separada) "una gestión más integrada de lo que se viene denominando administración social".

La transferencia del INSALUD e INSERSO, que no lo ha sido a ningún otro régimen autónomico, ha posibilitado el llegar a una mayor integración de los mecanismos protectores asistenciales de la Seguridad Social con los públicos confluyentes en las mismas finalidades, pero también ha debido

buscarse el equilibrio de convivencia entre dos materias en las que tan diferentes competencias les incumben a las comunidades autónomas. Esta integración, sin embargo, se prevé incompleta hasta que el proceso de transferencias en curso permita incluir "las prestaciones que en el ámbito estatal gestiona el Instituto Nacional de la Seguridad Social" y sobre todo "hasta que el modelo sanitario y el de Seguridad Social queden perfilados por la legislación básica del Estado" (exposición de motivos).

En el terreno de los principios inspiradores de la ley, junto a los ya clásicos en este tipo de leyes de simplificación y racionalización de la gestión, cercanía a los interesados mediante fórmulas de participación democrática, el artículo 1.º habla de descentralización y desconcentración de la gestión, lo que supone la articulación de los servicios a través de fórmulas de delegación y de atribución de competencias a órganos centrales desconcentrados y no a entes locales, bien sean ayuntamientos o entes supramunicipales, en radical diferencia por ejemplo con la Ley de Servicios Sociales del País Vasco.

Las funciones y competencias de la Generalidad de Cataluña han de ser ejercidas por el Consejo Ejecutivo, correspondiendo al Departamento de Sanidad y Seguridad Social la dirección, vigilancia y tutela de las dos entidades gestoras que se crean: el Instituto Catalán de la Salud, y el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales

— El Instituto Catalán de la Salud gestiona todas las prestaciones sanitarias, tanto las de la Seguridad Social como las de carácter público concedidas por la Generalidad, y canaliza los planes de actuación sanitaria.

Se prevé la desconcentración de sus servicios por áreas territoriales y funcionales, así como la celebración de conciertos con entidades públicas y privadas.

El Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales gestiona las prestaciones asistenciales y de servicios sociales tanto de la Seguridad Social como de la Generalidad. La gestión de las entidades locales no es nunca por atribuciones propias sino en virtud de delegación, bajo el control en todo caso del Instituto o de convenio o concierto con el mismo.

La financiación de ambos Institutos está constituida fundamentalmente por los recursos de la Seguridad Social afectos a sus fines (sanitarios y asistenciales y de servicios sociales) y por las

consignaciones presupuestarias de la Generalidad sin que se precise ninguna cuantía.

Es de destacar la cautela con que se regula, en orden a la elaboración de los presupuestos, de las Entidades Gestoras, la debida separación que deberá existir entre los ingresos y gastos de la Seguridad Social y los restantes. No se podrán autorizar transferencias de créditos de los presupuestos de la Seguridad Social en Cataluña a no ser que se consignen para los mismos servicios de la Seguridad Social. Finalmente y como medida para preservar los recursos y el patrimonio de la Seguridad Social y de la Generalidad, el Departamento de Economía y Finanzas llevará una contabilidad y un registro que permitan conocer en cada momento el carácter de los bienes y recursos adscritos a cada entidad gestora, su titularidad y su destino.

La ley enumera las funciones del Consejo Ejecutivo y las que corresponden al Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

El Parlamento Catalán aprobó esta Ley de Administración Institucional de la Sanidad y de la Asistencia y Servicios Sociales de Cataluña el 29 de junio de 1983.

Las novedades más importantes que ofrece el texto definitivo son:

— Otorga capacidad de decisión en los términos que se establezcan por ley, a las juntas de gobierno de las áreas o unidades territoriales, tanto del Instituto Catalán de la Salud, como del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.

— Organiza la participación democrática en el control y vigilancia de la gestión, a través de los Consejos Generales y las Comisiones Ejecutivas Territoriales del Instituto Catalán de la Salud y del Instituto Catalán de Servicios Sociales. Se trata de una representación tripartita de sindicatos, organizaciones empresariales y Generalidad de Cataluña.

— Refuerza aún más la separación contable de los fondos que proceden de la Seguridad Social gestionados por la tesorería general de la Generalidad, salvaguardando su carácter de afectos a la Seguridad Social.

Este artículo es una reproducción parcial del publicado por la Revista de Seguridad Social, julio-septiembre 1983, número 19, bajo el título "Los Servicios Sociales y su configuración en el Estado de las Autonomías".

BIBLIOGRAFIA

ALMANSA PASTOR, José Manuel: *De-recho de la Seguridad Social*, Tecnos. Madrid, 1979.

ALONSO LIGERO, María de los Santos: "Los Servicios Sociales y la Seguridad Social", *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, noviembre-diciembre 1971.

ALONSO OLEA, Manuel: *Instituciones de la Seguridad Social*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1979.

BARRADA RODRIGUEZ, Alfonso: "Los derechos de Seguridad Social en la Constitución española de 1978", *Revista de Seguridad Social*, núm. 2, abril-junio 1979.

BORRAJO DACRUZ, Efrén: "Los Servicios Sociales", *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, mayo-junio 1972.

— "El bienestar social y los Servicios Sociales", *Revista de Documentación Social*, número 36, agosto-octubre 1979.

— "Comunidades Autónomas y Seguridad Social", *Papeles de Economía Española*, números 12-13, 1982.

— "Distribución de competencias entre el Poder central y los Poderes territoriales en materia de Sanidad y Seguridad Social", *Revista de Derecho Público*, núms. 80-81, 1980.

BOTAS VIGON, Román: "La crisis de Welfare State", *Información Comercial Española*, número 585, mayo 1982.

Descentralización de los Servicios Socia-

les, varios autores, Marsiega, Madrid, 1979.

DESDENTADO BONETE, Aurelio: "El asalto al Estado de Bienestar", *Argumentos*, diciembre-80/enero 81.

Consulta sobre organización y administración de los Servicios Sociales en España, Madrid, enero 1978.

FERNANDEZ PASTRANA, José María: "Seguridad Social y Estado de las Autonomías", próximo a aparecer en *Revista de Documentación Administrativa*.

GARCIA DE ENTERRIA, Eduardo: "La significación de las competencias exclusivas del Estado en el sistema autonómico", *Revista Española de Derecho Constitucional*, año II, número 5, mayo-agosto 1982.

GONZALO GONZALEZ, Bernardo: *La Seguridad Social: perspectiva histórico-crítica*, trabajo de base para el Libro Blanco de la Seguridad Social, Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social, Madrid, 1976.

DE LAS HERAS, Patrocinio, y CORTAJARENA, Elvira: *Introducción al bienestar social*, Federación Española de Asistentes Sociales, Madrid, 1979.

LASARTE, Javier, y ESEVERRI, Ernesto: "Las Haciendas locales ante las autonomías", *Revista de Estudios Regionales*, extra vol. II, 1980.

MORAGAS MORAGAS, Ricardo: "Transferencias de Servicios Sanitarios y Sociales: actitudes, innovaciones y peligros", *Revista de Documentación Administrativa*, núm. 195, Madrid, julio-septiembre 1982.

MUÑOZ DEL CASTILLO, José Luis: "La financiación de las Regiones en España", *Revista de Hacienda Autónoma y Local*, núm. 35, Madrid, mayo-agosto 1982.

RUBIOL, Gloria: *Los Servicios Sociales, organización y funcionamiento en Gran Bretaña, Yugoslavia, Israel y Países Bajos*, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1982.

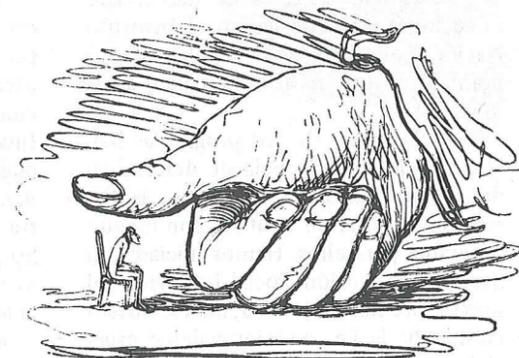
Los Servicios Sociales, Centro de Estudios de la Administración, Colección Municipio y Socialismo, Altamira, 1979.

SUAREZ GONZALEZ, Fernando: "La Seguridad Social y la Constitución de 1978", *Papeles de Economía Española*, núms. 12-13, 1982.

VELAZQUEZ BOBES, Roberto: *Disposiciones legales sobre las transferencias de la Administración del Estado a las Comunidades Autónomas. Cuadros comparativos*, Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social, junio 1983.

DE LA VILLA GIL, Luis Enrique, y DESDENTADO BONETE, Aurelio: "Delimitación de competencias Estado-Comunidades Autónomas en materia de relaciones laborales y Seguridad Social. De la experiencia republicana a la Constitución de 1978", *Cuadernos de Derecho del Trabajo*, núm. 4, 1980.

— *Manual de Seguridad Social*, Pamplona, Aranzadi, 1979.



ENTREVISTA A LA DIRECTORA GENERAL DE ACCION SOCIAL PATROCINIO LAS HERAS

María Patrocinio Las Heras Pinilla, directora general de Acción Social, nació en Soria el 18 de abril de 1944. Estudió Magisterio en 1966 y Asistente Social en 1971, en Pamplona. Pasó a la Escuela de "Santa Ana", en Valencia, donde se especializó en Rehabilitación Psico-pedagógica. Posteriormente ha realizado cursos de Formación Permanente en relación con los programas de Servicios Sociales en las áreas de Infancia, Juventud, Drogadicción, Tercera Edad, Minusválidos, Minorías marginadas y Desarrollo comunitario.

Entre sus actividades profesionales cabe destacar su experiencia en Trabajo Social Comunitario, especialmente en la organización y animación comunitaria para la integración de sectores marginados en Pamplona. Trabajo Social Sanitario en la misma ciudad, y Trabajo Social en la Secretaría Federal de Acción Social del PSOE.

Ha sido Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y Delegada Federal de Servicios Sociales del PSOE.

Coautora del libro "Introducción al Bienestar Social" y colaboradora en publicaciones como: "Cambio Social y Servicios Sociales", entre otras.

Actualmente es Directora General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Instituto Nacional de Servicios Sociales y del Instituto Nacional de Asistencia Social.

Patrocinio Las Heras lleva cerca de veinte meses al frente de la Dirección General de Acción Social y del Instituto

Nacional de Servicios Sociales. Quisiéramos saber ¿cuál es el balance que realiza de estos veinte meses de gestión?

Considero que después de veinte meses de actividad en la Dirección General de Acción Social hay cosas que han cambiado cualitativamente desde que el equipo que componemos la Dirección General hemos entrado a trabajar. Quizá entre las más destacables esté el cambio realizado en todas las estructuras centrales. Hemos reconvertido los órganos de la Dirección General, del Instituto Nacional de Servicios Sociales y del Instituto General de Acción Social. Se ha intentado una coordinación de los tres organismos. Eran tres administraciones distintas: una respondía a la Beneficencia Pública, otra a la Asistencia Social, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales a los Servicios Sociales. Y ello con el objetivo fijado en el programa de gobierno de avanzar hacia una unificación de los servicios sociales. Se han creado direcciones provinciales en el Instituto Nacional de Servicios Sociales, cuyos nombramientos han culminado estos días.

En el campo de los programas hay que señalar la existencia de determinadas competencias en las cuales la Dirección General no contaba con ningún programa para ellos. Hemos iniciado un Servicio de Acción Social internacional inexistente hasta la fecha; hemos puesto en marcha la Ley de Minusválidos, especialmente las prestaciones del título quinto: el subsidio de garantías mínimas, de movilidad, de terceras personas, de asistencia sanitaria y farmacéutica.

Hemos comenzado también la reconversión de las pensiones del FONAS, pensiones concebidas inicialmente como pensiones alimenticias, siendo nuestro proyecto transformarlas en el plazo de cuatro años de gobierno en pensiones asistenciales básicas equiparadas a las mínimas de la Seguridad Social.

Otro aspecto importante, complementario de los tres anteriores: las nuevas estructuras, programas de reciente creación y reconversión de las pensiones del FONAS; consiste en la democratización interna de los centros dependientes de la Dirección General. Concretamente, lo más característico en este camino ha sido la celebración de la Asamblea Nacional de la Tercera Edad y la consiguiente orden ministerial, publicada en el Boletín Oficial del Estado recientemente, con el objetivo de democratizar las Juntas de Gobierno de los centros garantizando la máxima participación de los usuarios.

Otro programa con una gran trascendencia e iniciado en el pasado año fundamenta la creación de un concepto presupuestario dedicado a la cooperación social pretendiendo establecer financiación y apoyo técnico a las entidades que a nivel estatal, e incluso a nivel de cooperación internacional, trabajan en el campo de la Acción Social. Mediante este programa presupuestario se facilitará a las asociaciones ciudadanas, fundaciones, colegios profesionales y entidades sin ánimo de lucro, una financiación del setenta al ochenta por ciento del presupuesto del programa presentado y una ayuda técnica para la realización del mismo. Pretendemos



Ilustración Fuencisla del Amo

establecer una planificación de actuaciones entre las iniciativas social y gubernamental al objeto de atender un poco más coherentemente las necesidades sociales del ciudadano.

Recalcando el tema de la reconversión de las pensiones del FONAS, destacar la duplicación del crédito dispuesto para estas prestaciones económicas. De veinticinco mil millones de pesetas hemos pasado a cincuenta mil millones de pesetas. Pienso que el esfuerzo económico realizado es de cierta entidad y orientado, ante todo, en función de progresar hacia unas pensiones básicas para todos los ciudadanos que no tengan ningún otro tipo de rentas que les asegure una calidad de vida digna.

¿El aumento mencionado en la pensión del extinguido FONAS puede considerarse como un primer paso para el establecimiento de "pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas que garanticen la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad", según desarrolla el artículo cincuenta de la Constitución?

Efectivamente. El Programa de Gobierno socialista prevé lograr una Seguridad Social para todos los ciudadanos, una seguridad social pública y no como la actual, financiada por las cuotas de empresarios y trabajadores principalmente. Una Seguridad Social a cargo de los Presupuestos Generales del Estado. El aumento en la pensión del FONAS se enmarca en esta línea. Las pensiones del FONAS se convertirán en pensiones de la Seguridad Social, pero una Seguridad Social básica y de carácter público, no contributivo.

¿Este proyecto, en qué plazo piensa usted será ejecutado?

El proyecto se incluye en el Programa de Gobierno socialista que afecta a los cuatro años de legislatura, luego culminaría en el año 1986.

Ha explicado que los presupuestos de la Dirección General de Acción Social han experimentado un gran incremento para el año 1984. En cambio, si estudiamos los presupuestos de la Seguridad Social, nos damos cuenta que los Presupuestos del Instituto Nacional de Servicios Sociales han disminuido en pesetas constantes. ¿Cuáles son los motivos de este hecho?

La disminución en términos reales del presupuesto del Instituto Nacional

de Servicios Sociales frente al aumento en la Dirección General de Acción Social se basa en la aplicación práctica del Programa de Gobierno. Para los socialistas, los servicios sociales **constituyen un derecho social** que será institucionalizado mediante la aprobación en el Parlamento de una Ley de Servicios Sociales. Por medio de la planificación del presupuesto del Estado avanzamos progresivamente hacia dicha institucionalización. En el marco de la seguridad social contributiva, financiada principalmente por las cuotas de los trabajadores y empresarios, los servicios sociales no se consideran un derecho social, sino prestaciones complementarias del sistema. Los presupuestos de la seguridad social se elaboran potenciando los derechos reconocidos a los cotizantes, como las pensiones, desempleo, asistencia sanitaria, etc. Una vez promulgada una Ley de Seguridad Social pública, no contributiva, los servicios sociales pasarán a configurar un sistema de derechos sociales financiados por el Estado. El Estado incrementará los presupuestos dedicados a estos temas en razón de los derechos reconocidos.

Es decir, que los servicios sociales dentro del sistema de una seguridad social contributiva se encuentran abocados a la desaparición.

En la seguridad social contributiva no existirán los servicios sociales. Los trabajadores españoles teniendo que atender determinadas necesidades sociales básicas y no existiendo un sistema público, promovieron, en el marco de la seguridad social contributiva, la creación de estos servicios, resultando muy positivo.

Solamente una seguridad social configurada como sistema de bienestar social básico desarrolla servicios sociales. Los servicios sociales en los países europeos forman un sistema público financiado por el estado y no por las cuotas de empresarios y trabajadores. En España coexistirán dos tipos de seguridad social, una pública, dependiendo de ella los servicios sociales, y otra contributiva dirigida por trabajadores y empresarios financiada por las cuotas que aporten. La seguridad social contributiva no contemplará los servicios sociales que dependerán de la seguridad social pública o sistema de bienestar social que nosotros llamamos.

Si enmarcamos los servicios sociales dentro de una política social general realizada por el Gobierno del Partido Socialista Obrero Español, ¿qué dife-

rencias resaltaría respecto a la política social aplicada por anteriores gobiernos?

Creo que existe una diferencia cualitativa. Los anteriores gobiernos se limitaron a mantener los antiguos sistemas e incorporar métodos y técnicas modernas. Los socialistas nos hemos encontrado con una ensalada de beneficencia, asistencia social y servicios sociales. Un sistema acumulado a través de varios siglos, uno encima del otro. Todos los vicios históricos en materia de política social se encontraban reunidos en la Dirección General de Acción Social.

Con la adopción de la Ley de Servicios Sociales no habrá programas ni concepciones distintas para tratar a los ciudadanos. No habrá distintas categorías de españoles. La Administración actual institucionaliza la marginación. A la hora de atender las necesidades sociales de los ciudadanos genera categorías sociales, situaciones de marginación de unos ciudadanos en relación con otros. La Ley de Servicios Sociales pretende eliminar esta amalgama de beneficencia, asistencia social y servicios sociales. Se regirá por los principios del bienestar social y establecerá una única categoría de prestaciones. Su objeto principal es garantizar unos niveles de prestaciones básicas que permitan suplir las diferencias sociales originadas en toda situación social, o sea, con la Ley de Servicios Sociales se eliminará un problema histórico tan grave como resulta ser la marginación institucional.

Las instituciones no producirán más marginación. No tratarán de distinta manera a los ciudadanos a la hora de gozar de prestaciones sociales.

La futura Ley de Servicios Sociales se ajustará a los principios del bienestar social. ¿En qué consisten para usted estos principios?

Los principios del bienestar social, ampliamente divulgados en diversas publicaciones, podemos sintetizarlos en los aspectos siguientes:

Un principio inicial consiste en que la Ley de Servicios Sociales pretende garantizar un nivel básico de prestaciones en materia de servicios sociales. Es decir, unos servicios sociales para todos y no unos servicios sociales para los trabajadores o para cualquier otro colectivo.

Unos servicios sociales apoyados en el principio de integración en la comunidad y no en la segregación y la marginación social. Unos servicios sociales que cuenten con la participación del

usuario y con un trabajo profesional técnico y de calidad. Estas facetas destacaría, desde mi punto de vista, como los fundamentales, aunque posteriormente se deriven de cada uno de los citados otros diversos.

Pienso que suponen un viraje de ciento ochenta grados respecto a la anterior filosofía paternalista. El usuario posee un protagonismo, unos derechos y deberes. La acción profesional abandona el voluntarismo, se convierte en un trabajo con métodos y técnicas. El derecho social es el marco legal y no la discrecionalidad de los gobernantes de cada momento.

Todos sabemos que los servicios sociales continúan dispersos por diferentes ministerios y entidades. ¿Qué se hace por parte de la Dirección General de Acción Social para la racionalización y unificación de los diferentes servicios sociales?

Hay un problema de base. Aunque realizamos en estos momentos una coordinación con otros Ministerios a través de comisiones interministeriales de trabajo, lograr la unificación de los servicios sociales no lo soluciona este tipo de reuniones. La unificación debe ser aprobada en el Parlamento porque la mayoría de estos organismos dependientes de los diferentes ministerios son organismos autónomos creados por ley. Conseguir una competencia única exige una ley sustitutoria de la Ley de Organismos Autónomos que abarca a organismos tales como la Obra de Protección de Menores del Ministe-

rio de Justicia, el Instituto de la Mujer y el Instituto de la Juventud del Ministerio de Cultura, el Real Patronato que depende del Ministerio de la Presidencia, etc. Necesitamos una ley que derogue su dependencia y otra que los unifique en un organismo único. En este tránsito y hasta que dispongamos de la Ley de Servicios Sociales lo procurable es promover y participar en las comisiones interministeriales sobre estos temas que posibiliten efectuar programas conjuntos.

Quisiéramos finalizar la entrevista con la siguiente pregunta. Recientemente, determinada prensa viene informando del hambre, miseria, paro y marginación de amplios sectores de la población española. Ante esta situación de necesidad proponen el regreso a la beneficencia y el auxilio social. ¿Qué opinión le merecen a usted estas propuestas?

Ciertamente la situación de crisis es muy grave. Nos encontramos en una disyuntiva difícil porque no disponemos todavía del programa de protección social del Gobierno socialista. Este programa solucionará a medio plazo los problemas de miseria, hambre y marginación, puesto que afecta a toda la política social gubernamental. Sin embargo, al margen de este programa que erradicaría la marginación a medio plazo, hay que actuar con programas a corto plazo, de forma inmediata y concreta.

Puedo entender que desde sectores ajenos y profanos en materia de servicios sociales, de política social, se plan-

tee la vuelta a la beneficencia. Pero tal propuesta es inadmisibles desde el Gobierno, desde los ámbitos profesionales del campo de la atención a las necesidades sociales. Resulta innecesario retroceder a la beneficencia para atender estas necesidades. Tenemos que encarar las presentes condiciones socioeconómicas como una catástrofe social al igual que existen otras catástrofes. Procede alcanzar un acuerdo institucional entre las Comunidades Autónomas, ayuntamientos y Administración Central para poner en marcha un **Plan de Emergencia Social** para afrontar la dramática situación social contemporánea de amplios grupos de población, que son situaciones transitorias hasta la aplicación de programas de protección básica. Cuando consigamos una pensión suficiente para todos los ciudadanos, una sanidad y unos servicios sociales para todos y una protección adecuada de vivienda se resolverán las situaciones de miseria que encontramos ahora. Pero necesitamos adoptar medidas a corto plazo. Pienso que con un plan profesional y un crédito extraordinario institucional podríamos prescindir de echar la vista atrás y creer que, por ejemplo, los mendigos son pobres y hay que tenderles una mano desde la caridad o la beneficencia. Los mendigos son ciudadanos como los demás, y si viven en una coyuntura de emergencia grave habrá que adoptar un programa que la resuelva. O sea, que su situación es una responsabilidad pública, del Gobierno, y no una llamada a la caridad, ni social ni individual.



LA ATENCION PRIMARIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES: ¿META, MITO O REALIDAD?

Josep Arenas

En un periódico (1) leo que "el Centro Ramón Albó, de Mollet del Vallès, que acoge a menores con problemas de índole familiar, dejará de funcionar". Se trata del mayor centro de la Protección de Menores de Catalunya. El papel dice que "la Generalitat pretende organizar centros en los que no haya más de 20 muchachos". La noticia finaliza añadiendo que la Diputación de Barcelona, con un objeto similar al de la Generalitat, ha decidido también "acabar con la masificación de los Hogares Mundet".

Informaciones similares a la citada y relacionadas con la transformación de macrocentros, hiperinstituciones o añejos asilos, prestadores de asistencia ya sea a ancianos con problemas, a disminuidos de tipo físico, psíquico o a niños abandonados, de los que los centros Ramón Albó o los Hogares Mundet pueden ser un ejemplo, están apareciendo en los medios de comunicación de forma periódica y continuada, aunque lenta, tal vez. Indudablemente, ello es signo inequívoco de que se está produciendo un cambio de concepción en el ámbito de los servicios sociales. Cambio que viene propiciado desde instancias políticas y administrativas y que ha sido previamente abonado por profesionales y técnicos de los servicios sociales y que obtiene el beneplácito de los usuarios y sus familias. Se está produciendo, pues, una transformación tendente ya sea a desasilar ancianos creando, por ejemplo, servicios a domicilio para atender sus necesidades en casa, ya sea a la creación de centros de día para enfermos mentales o para disminuidos psíquicos tendentes a sustituir la atención a estas personas en manicomios —a algunos hospitales psiquiátricos es más exacto llamarles así—, o incluso se buscan soluciones alternativas a la prisión que mejoren la situación y futura reinserción de los presos.

Efectivamente. Se buscan alternativas a un tipo y a una concepción de la asistencial social que ha venido materializando a menudo sus "soluciones" en la fórmula del internamiento de las personas a tiempo completo en instituciones cerradas. Una fórmula que, si bien puede aligerar a la familia de la carga que pueda venir soportando, muchas veces no es necesaria ni deseada y comporta claras limitaciones para el usuario.

Analizando el proceso evolutivo de las distintas concepciones que han ido sucediéndose en el modelo de prestación de servicios sociales en distintos países europeos, se cae fácilmente en la cuenta de que una vez que se ha superado la política de prestación de servicios sociales en instituciones cerradas se inician una serie de servicios comunitarios de apoyo a la familia. Se trata de servicios que aún siendo dispensadores de una asistencia especial —según cuál sea el tipo de carencia o necesidad del usuario— prestada durante el día, están orientados a que la persona pueda permanecer con su familia y en la comunidad a la que pertenece. Este nuevo sistema de prestación de servicios sociales supone un importantísimo avance respecto a la concepción institucionalizadora anterior a la que hemos referido. Pero también supone una serie de inconvenientes. Señalaré solamente tres.

El primero es que una clasificación excesiva de los servicios sociales por grupos de población atendidos (alcohólicos, disminuidos, ancianos, etc.) puede comportar como consecuencias negativas que, en un mismo sector, una misma familia o comunidad reciba asistencia de diferentes servicios, no habiendo entre ellos la suficiente coherencia ni coordinación y obteniéndose por tanto resultados ineficaces e ineficientes en la acción social.

Otro tipo de limitaciones que se derivan del modelo de organización por grupos específicos de población es que puede comportar políticas diferentes de servicios sociales, emitidas por diferentes niveles de la Administración e incluso por diferentes departamentos de un mismo gobierno, sea central, autónomo municipal o provincial.

Finalmente hay que tener en cuenta también que cuanto más especializado es un servicio social más amplia debe ser la zona que cubra para que tenga un número de usuarios suficiente desde el punto de vista social y económico. En consecuencia, estos servicios tienden a concentrarse en un pequeño número de grandes núcleos urbanos y por tanto, menudo, lejanos de muchos de los potenciales usuarios (2).

Si tenemos en cuenta la experiencia en la evolución de la estructura de recursos en otros países y contemplamos la situación de la cual partimos en nuestro país, podemos hacernos preguntas como ¿qué dirección deben tomar los servicios sociales?, ¿cuál es la estrategia a seguir?

Analicemos, por ejemplo, el caso de Cataluña: ¿de dónde partimos? La estructura de recursos —servicios y equipamientos— se caracteriza, en general, según ha descrito Joan J. Artells (3), por la escasa presencia del Sector Público, el peso notable de las instituciones de dependencia religiosa o de iniciativa privada no lucrativa. Considera el autor que es precisamente "la falta de presencia activa y de iniciativa del Sector Público" la causa de la orientación "predominantemente institucionalizadora de la mayoría de los centros existentes, o por lo menos de los que absorben la mayor parte de los recursos financieros y humanos". Ante esta configuración de la estructura de los serv

* Asistente Social

cios sociales en Catalunya, subraya "la falta de dimensiones preventivas, de apoyo al hogar y de inserción comunitaria" y especialmente "la falta de una instancia de contacto inicial, de diagnóstico y referencia a los Servicios Sociales Especializados o al resto de los Servicios de Bienestar". A criterio del director técnico del Mapa de Servicios Sociales

Parece, pues, que es la atención primaria la que abre nuevas perspectivas sobre la dirección a tomar. Pues sí. Es precisamente la necesidad de tomar medidas preventivas referentes a las causas subyacentes de los problemas específicos lo que hace aparecer la necesidad de conducir el centro de intervención más cerca de los destinatarios. De hecho

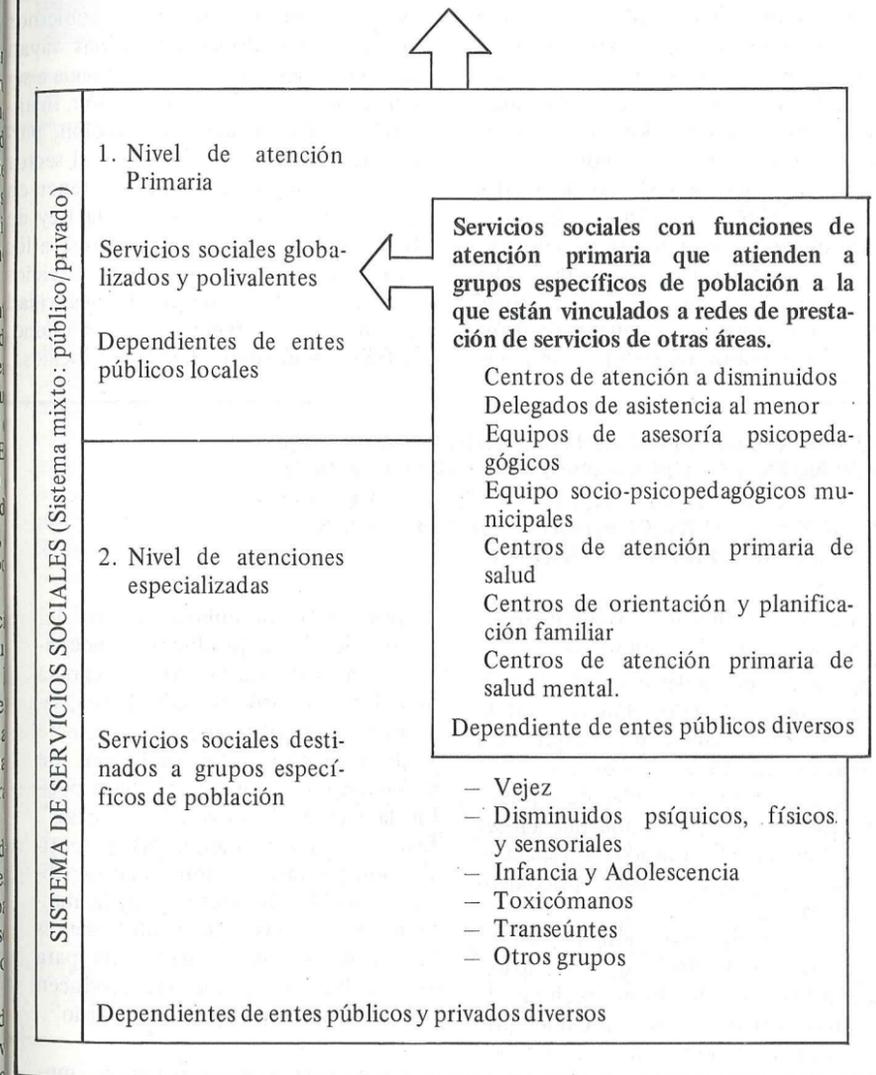
la reducción de la sectorialización de atenciones a grupos poblacionales en aras de crear servicios integrados y polivalentes que potencien el desarrollo de la comunidad, o por lo menos que contribuyan a crear un marco de cooperación activa y efectiva entre los servicios e instituciones de la zona, en el sentido de hacer coincidir en el territorio: la demanda social, la población interesada y la respuesta institucional y social (4). En este sentido se constata un esfuerzo por desarrollar este nivel de atención primaria, integrado por servicios que constituyan el punto de acceso inmediato, punto de referencia y de salida del sistema de servicios sociales y el nivel más próximo al usuario, y se configura como instancia de coordinación y acceso al resto de servicios de bienestar. Algunos datos sobre esta constatación los hallará el lector bajo los títulos **Un poco de historia** y **Hablando de leyes** que acompañan este artículo.

Ahora bien, el planteamiento de potenciar a un nivel de atención primaria supone un cambio en la filosofía y en la estrategia de los Servicios Sociales.

En la filosofía, porque la promoción de un sistema que gire alrededor de la atención primaria y dé acceso a todos los ciudadanos al derecho a los Servicios Sociales y a la consecución de unos niveles mínimos de bienestar social, se sustenta en los principios básicos de un Estado Social y Democrático de Derecho como son la igualdad, la libertad y la solidaridad, y en los principios de los que participan las modernas concepciones de servicios sociales como son la prevención, normalización, descentralización, sectorización, personalización y autodeterminación (5). Y un cambio de estrategia, porque —sin que sea posible abordar en su amplitud todos sus aspectos— quiero señalar que la organización de este sistema basado en el papel central de la atención primaria, exige poner de relieve que ello significa una opción deliberada que implica renunciar a otras opciones posibles, en favor de un modelo integrado y descentralizado. A lo cual hay que añadir que la extensión a toda la población, y por tanto a todo el territorio, de la atención primaria, realizada por equipos multidisciplinares deberá ser garantizada por el nivel de la Administración más próximo al ciudadano, o sea, al municipio, y la responsabilidad de su financiación deberá ser pública para garantizar el derecho de todo ciudadano a acceder a los Servicios Sociales.

Sin embargo, uno se pregunta si la atención primaria es hoy una meta, un

CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL EN EL MARCO DE UNA POLITICA SOCIAL



de Catalunya, este es "un vacío fundamental" que en parte, como él mismo apunta, "se ha comenzado a cubrir a partir de iniciativas innovadoras de algunos ayuntamientos y de la iniciativa de la Generalitat de Catalunya a partir de la experiencia de los Servicios Sociales de Base como núcleos iniciales de una red de Servicios Sociales de Atención Primaria".

las diversas necesidades a las cuales los servicios sociales tratan de dar respuesta, están interconectadas, y lo esencial de la intervención no es ya tanto la reparación del perjuicio o la limitación de sus consecuencias sociales, sino que la acción se centra en prevenir la aparición misma del fenómeno. La importancia, pues, de la comunidad local se convierte en capital. Y la tendencia apunta hacia

mito o una realidad. O quizás haya de todo un poco...

En el cuadro anexo —que elaboré para ilustrar el epígrafe de atención primaria del mapa de Servicios Sociales de Catalunya (6)— se representa gráficamente una abstracción del sistema de servicios sociales, organizado en dos niveles y enmarcado en el conjunto de servicios de bienestar social. El nivel de atención primaria, constituido por los servicios sociales globalizados y polivalentes, como pueden ser los servicios sociales de base o centros de servicios sociales, depende de entes públicos locales. En el nivel de atenciones especializadas, las dependencias de los servicios son de entes públicos y privados, con predominio de los privados. De ahí que una traslación del protagonismo de la acción social hacia el nivel primario pueda conllevar un mayor protagonismo de la responsabilidad del sector público y una mayor descentralización hacia las corporaciones locales. Puede observarse, por otra parte, en el mismo gráfico cómo el conglomerado de “servicios con funciones de atención primaria que atienden

a grupos de población y/o que están vinculados a redes de prestación de servicios de otras áreas” —cuya descripción figura anexa— se encuentra en una posición indefinida entre el espacio propio del sistema de servicios sociales y los demás sistemas de prestación de servicios de bienestar, y a su vez en una posición intermedia entre los servicios globalizados y polivalentes y los servicios para grupos específicos. Curiosamente, su dependencia, si bien es pública, no lo es de los entes locales, en la mayor parte de las modalidades que se citan. La definición, pues, del sistema pone continuamente sobre la mesa su interrelación con las características de organización político administrativa y en concreto el tema de la descentralización. Sobre este tema nos pone sobreaviso Demetrio Casado cuando dice “la sustitución del centralismo de Madrid por diecisiete centralismos regionales multiplicaría —está multiplicando ya— aquella burocracia y sus costes”. Descentralización administrativa “a tope” es lo que propone este autor, de forma que “en los asuntos que la comunidad

pueda resolver por sí misma no intervengan los poderes públicos, sino en medida necesaria para garantizar los intereses generales”, con lo cual llega a la conclusión de que la acción social “que pueda realizar el municipio —solo o agrupado— no se encomiende a la provincia y así sucesivamente...” (7).

Para responder a la pregunta: **atención primaria, ¿meta, mito o realidad?** se necesita la clarificación del ámbito de actuación y competencia de los servicios sociales en relación con los demás ámbitos de prestación de servicios de bienestar y estar atentos a la progresiva definición que los parlamentos y gobiernos de las comunidades autónomas vayan tomando en relación a la estrategia a seguir en los aspectos de ordenación, financiación, gestión, descentralización, participación y coordinación con el sector privado. Asimismo habrá que tener en cuenta las competencias que la Ley de Bases de Régimen Local atribuya a los ayuntamientos en materia de servicios sociales, la Reforma de la Seguridad Social, la Ley General de Sanidad y la financiación de las haciendas locales.

SERVICIOS CON FUNCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SERVICIOS SOCIALES, QUE ATIENDEN A GRUPOS ESPECÍFICOS DE POBLACIÓN (DISMINUIDOS, INFANCIA...) Y/O QUE ESTÁN VINCULADOS A OTRAS REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (SANIDAD, EDUCACIÓN, JUSTICIA...) EN CATALUÑA (13)

Centros de Atención a Disminuidos. Dependen del Servei de Disminuïts de la Direcció General de Serveis Socials del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat. Sus equipos están formados por: médico, psicólogo y asistente social, así como “otros profesionales que se consideren necesarios”.

Constituyen, a nivel territorial, “el ámbito físico y funcional para la actuación de los equipos multiprofesionales del Servei de Disminuïts. Estos centros tienen como funciones principales: a) la información y orientación general sobre temas relacionados con la problemática de los disminuidos, mediante los Equipos de Valoración y orientación, que son los competentes para emitir dictámenes técnico-facultativos de las circunstancias físicas, mentales y sociales de los disminuidos; b) elaboración de informes y dictámenes técnicos; c) colaboración con las Corporaciones locales y entidades públicas y privadas de su ámbito territorial en las tareas de pre-

viación, información, tratamiento e integración de los disminuidos”.

Delegados de Asistencia al Menor. Dependen de la Direcció General de Protecció i Tutela de Menors del Departament de Justicia de la Generalitat. No se puede hablar de equipos ya que son delegados que pueden ser indistintamente educadores especializados, asistentes sociales, psicólogos o abogados.

Su área de actuación provincial, comarcal, municipal, o de distrito, según los casos. Realizan “acciones de seguimiento de casos y acciones preventivas, mediante la libertad vigilada protectora, el seguimiento de menores desinteresados y el seguimiento a familias”.

Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico. Dependientes del Servei d'Educació Especial del Departament d'Ensenyament de la Generalitat, están formados por psicólogos, pedagogos y asistentes sociales contratados por aquel Departamento. Su objetivo es

“ofrecer a la comunidad, dentro del núcleo donde se produzca la necesidad, una asistencia global e integrada que, desde los aspectos educativos, sanitarios y sociales, prevenga, detecte y dé respuesta a los problemas de aprendizaje o minusvalías y haga posible la acción educativa en cada caso”. Esto se realiza mediante: “a) la identificación y jerarquización de las necesidades globales del sector, y b) la atención directa a los niños y adolescentes con problemas en su desarrollo para valorar las causas que los producen e incidir en el sujeto y en su entorno”.

Equipos Socio-psico-pedagógicos municipales. Dependen de los ayuntamientos. Están formados por psicólogos, psico-pedagogos y asistentes sociales. Hay treinta equipos. Se proponen: “a) ofrecer al municipio una acción global e integradora que alcance tanto aspectos educativos como sociales; b) colaborar en la mejora de la calidad de la enseñanza; así como, c) la atención directa a los alumnos que presen-

ten dificultades diversas”. Su ámbito de actuación suele ser municipal.

Centros de Asistencia Primaria. Debemos considerar que sus funciones son de asistencia curativa, prevención y rehabilitación, y que en la experiencia piloto que la Direcció General d'Assistència Sanitària del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat está iniciando, se incluye en dichos centros a asistentes sociales para la realización del trabajo social socio-sanitario a nivel preventivo y comunitario.

Centros de Orientación y Planifica-

ción Familiar. Hay actualmente en Catalunya 48 centros de este tipo que desarrollan también funciones de trabajo social en los municipios dado que, en su mayoría, son de dependencia municipal. Los profesionales que en ellos actúan son por lo general ginecólogos, asistentes sociales y auxiliares especializados.

Centros de Asistencia Primaria en Salud Mental. Existen actualmente dieciocho centros de la provincia de Barcelona, financiados por la Diputación y dedicados a “la prevención, orientación, diagnóstico y tratamiento

de la población adulta, de una misma zona geográfica, con riesgo de sufrimiento psíquico, con la finalidad de potenciar la salud y prevenir la enfermedad. Este equipamiento actuará en dos sentidos prioritariamente: evitar el internamiento de nuevos casos, e intentar la reinserción social de los que actualmente se encuentran ingresados en alguna institución”. Sus equipos multiprofesionales están constituidos por asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras y educadores. Su ámbito de actuación es comarcal o de distrito municipal.

UN POCO DE HISTORIA

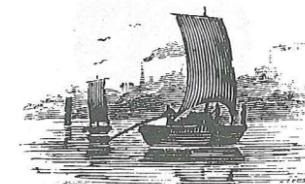
Es en 1979 cuando el Ayuntamiento de Barcelona pone en marcha los Centros Municipales de Servicios Sociales, unidades operativas de servicios en diferentes centros de la ciudad y que aparecen como concreción de la idea de organizar una red de servicios de primer nivel. Los centros reúnen servicios para toda la población, que más adelante serán denominados “generales”, y servicios para sectores de la población, llamados “servicios específicos” en ocasiones. Al mismo tiempo se concibe el centro de Servicios Sociales como base para un trabajo de animación comunitaria y como núcleo vertebrador de todos los servicios sociales radicados en la misma zona (8).

También en 1979, aparece el concepto de “servicio social de base” en un documento del entonces existente Departament de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat de Catalunya, la llamada Generalitat provisional. Los “servicios sociales de base” son definidos como “servicios sociales integrados, polivalentes y sectorizados, que deberán estar al alcance de toda la población de un área territorial concreta” (9). Al año siguiente aparece el documento “Bases de planificació dels Serveis Socials a Catalunya” (10), en el que se contempla el concepto de “servicios sociales de base”. A partir de esa concepción, la Generalitat de Catalunya, ya en su etapa estatutaria, habiendo recibido los trasposos de servicios, va potenciando y financiando,

a través de la Direcció General de Serveis Socials, la creación de servicios sociales de base en municipios y en agrupaciones de municipios, iniciativa que con similares características ha sido seguida, y probablemente mejorada, posteriormente por la Diputación General de Aragón y por la Xunta de Galicia, y quizás por otras comunidades autónomas. En Cataluña, los Servicios Sociales de Base están compuestos por asistente social, educador especializado y trabajador familiar para la ayuda a domicilio. La Generalitat entiende por Servicios Sociales de Base “una acción social globalizada con funciones polivalentes de promoción social y asistencia a personas, grupos, comunidades, a través de la información, orientación, apoyo, promoción de recursos, coordinación de actividades y desarrollo de programas sociales de acuerdo con las necesidades del sector” (11). Existen 92 equipos.

Es preciso señalar que además de las iniciativas de las instituciones públicas se conoce en Cataluña una extraordinaria tradición, que arranca hace aproximadamente 20 años, de lo que se ha venido a llamar desarrollo comunitario, de lo cual son ilustrativos los números 90 y 91 de *RTS, Revista de Trabajo Social*, dedicados monográficamente al tema.

Este podría ser un resumen incompleto sobre la pequeña historia del tema, referido a Cataluña y al sector público.



HABLEMOS DE LEYES

Haciendo un breve recorrido por la legislación autonómica, una muestra, posiblemente incompleta, referida a la atención primaria sería la siguiente (12):

La Ley de 14 de julio de 1983, de Administración Institucional de la Sanidad y de la Asistencia y Servicios Sociales de Cataluña, en su exposición de motivos habla de la "estructuración de los servicios sociales básicos a través de la técnica del servicio social integrado, que evitará la dispersión de funciones y mejorará la complementariedad y coordinación de la acción social".

El artículo 6.º de la Ley Foral de 30 de marzo de 1983, aprobada por el Parlamento de Navarra, cita entre las prioridades a considerar como gestión y función municipalizada a "los servicios sociales de base, con funciones de información, asesoramiento y orientación a las personas, familias y colectivos locales, sobre los derechos, obligaciones y recursos en materia de servicios locales".

También la Ley de 20 de mayo de 1982 aprobada por el Parlamento del País Vasco, destacaba entre las áreas de actuación preferente de los servicios sociales "la información y el asesoramiento de todos los ciudadanos en cuanto a sus derechos y los medios existentes para hacerlos efectivos".

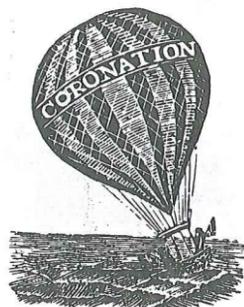
El artículo 12 del proyecto de ley de servicios sociales, publicado en el Boletín Oficial del Parlament de Catalunya del 5 de octubre de 1983, dice así: "con la finalidad de promover y hacer posible una acción gradual, continuada e integrada, y en función de las áreas de actuación establecidas en el artículo 13, los servicios sociales a los que se refiere la presente Ley se estructurarán de acuerdo con los siguientes niveles de atención: a) servicios sociales de atención primaria, y b) servicios sociales especializados y equipamientos".

Tras la disolución y nueva constitución del Parlamento catalán, es previsible que con el nuevo período de sesiones se presente un nuevo proyecto de ley.

Más recientemente, el pasado mes de julio, la Xunta de Galicia ha presentado al Parlamento el proyecto de ley de Servicios Sociales, que en su artículo 23 considera los servicios sociales de atención primaria como el primer nivel de la red de servicios sociales, siendo éstos de "atención globalizada, que abarquen toda la problemática social de la población de un sector, el más cercano al usuario y a su ambiente familiar y social, siendo el punto de acceso inmediato, a través del cual se va a desarrollar toda la política de prevención y atención individual y comunitaria".

REFERENCIAS

- (1) EL PAIS. Edición de Barcelona. 14 de agosto de 1984.
- (2) CONSEIL DE L'EUROPE. *Les services Sociaux: nouvelles formules de structures et d'organisation*. Estrasburgo, 1980.
- (3) ARTELLS, J. J. *Primeres Jornades d'Economia dels Serveis Socials*. Prólogo. Barcelona, 1983. p. 8.
- (4) MARCHIONI, M. "Nuevas orientaciones para el trabajo de comunidad". *RTS*, n.º 90, 1983. p. 9.
- (5) LAS HERAS, Patrocinio. "Los centros de servicios sociales en el marco de una política de bienestar social". *Cuadernos INAS*, n.º 12, oct.-dic. 1983. p. 9.
- (6) GENERALITAT DE CATALUNYA. *Mapa de Serveis Socials*. Barcelona, 1984. Vol. 4, p. 17.
- (7) CASADO, Demetrio *Por una acción social y cultural alternativa*. FCP, n.º 50. Marsiega Ed. Madrid, 1984.
- (8) RUBIOL, Glòria, "Tendencias actuales en los servicios sociales de atención primaria de Francia e Inglaterra". *Cuadernos INAS*, n.º 12, oct.-dic. 1983.
- (9) GENERALITAT DE CATALUNYA. *Principis inspiradors d'una política de serveis socials*. Documento al cuidado de Pilar MALLA y Josep ARENAS. Barcelona, dic. 1979.
- (10) GENERALITAT DE CATALUNYA. *Bases de planificació dels serveis socials a Catalunya*. Documento de trabajo coordinado por Pilar MALLA. Barcelona, mar. 1980.
- (11) D.O.G.C. n.º 148, O. 27 de julio 1981.
- (12) FARRE MORAN, José *Palabras de apertura de las II Jornadas Nacionales de Estudio del Comité Español de Bienestar Social*. Madrid 11 de mayo de 1983. (Ha facilitado parcialmente el resumen).
- (13) ARENAS, Josep "La atención primaria ha venido y nadie sabe cómo ha sido", *Revista de Trabajo Social*, n.º 92, dic. 1983 y *Boletín del CEBS*, n.º 2, ene. 1984.



JUNTA DE CASTILLA-LEON

PRESUPUESTOS DE LA CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL

Isabel Carriazo*

Más de 11.500 millones de pesetas gestionará la Consejería de Bienestar Social durante 1984

La Junta de Castilla y León destinará durante 1984 más de 11.500 millones de pesetas a la prestación de servicios sociales, lo que representa el 31,6 por ciento de los casi 37.000 millones que componen los presupuestos globales de la Comunidad Autónoma.

El hecho de que el Ejecutivo regional emplee la citada cantidad en la satisfacción de las necesidades sociales constituye de relieve el interés y la preocupación de la Consejería de Bienestar Social por mejorar la calidad de vida de los castellano-leoneses en las nueve provincias de la Región, la más extensa de todas las Comunidades Autónomas del Estado.

Para valorar adecuadamente el montante económico de la Consejería hay que tener en cuenta que se trata de un órgano de Gobierno encargado fundamentalmente de la prestación de servicios sociales en materia de asistencia social y sanitaria.

Otro dato a tener presente es que el 49 por ciento del presupuesto del Departamento Autonómico —algo más de 5.600 millones de pesetas— corresponde a gastos de personal. De la Consejería de Bienestar Social dependen unos 5.000 funcionarios y contratados, transferidos a la Comunidad Autónoma por la Administración Central del Estado.

Otro objetivo es la organización de las Delegaciones Territoriales y servicios periféricos

En una comunidad Autónoma de casi 100.000 kilómetros cuadrados de superficie es necesaria —más que en ninguna otra región— la descentralización de los servicios. Y con más razón si quieren

Por eso, uno de los objetivos fundamentales de la Consejería es la organización de las Delegaciones Territoriales y servicios periféricos, para lo cual han sido creadas 36 jefaturas de sección y 54 dedicaciones exclusivas, con el fin de permitir la adscripción de funcionarios a niveles más amplios de responsabilidad técnico-administrativa.

LA JUNTA DE CASTILLA-LEON DESTINA EL MAYOR PORCENTAJE DE SUS PRESUPUESTOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

- Más de 11.500 millones de pesetas gestionará la Consejería de Bienestar Social durante 1984. Esta cantidad representa el 31,6 por ciento de los cerca de 37.000 millones que componen los presupuestos globales de la Comunidad Autónoma.
- Las subvenciones a personas e instituciones con fines sociales constituyen la principal preocupación de la Consejería. Otro objetivo es la organización de las Delegaciones Territoriales y servicios periféricos.
- La realización de campañas sanitarias y la información al consumidor son otras actuaciones de las Direcciones Generales de Salud Pública y Asistencia Sanitaria y de Consumo para conseguir el bienestar social.
- El Gobierno de Castilla y León se ha marcado una meta optimista, esperando en el logro de una mejor calidad de vida.

evitarse agravios comparativos entre unas provincias y otras.

Ambas premisas han sido tenidas en cuenta por la Consejería de Bienestar Social al redactar el proyecto de sus presupuestos.

En este capítulo, la Consejería de Bienestar Social ha procurado seguir criterios proporcionales entre las tres Direcciones Generales que actualmente

*Asistente Social

la integran: la de SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA PRIMARIA, la de SERVICIOS SOCIALES y la de CONSUMO. Todavía no ha sido creada la Dirección General de ASISTENCIA HOSPITALARIA Y ESPECIALIDADES MEDICAS, que figura en el organigrama de la Consejería.

El Departamento Autónomo de Bienestar Social ha procurado que el presupuesto conjunto e individualizado de las tres Direcciones Generales tenga como meta la satisfacción de las necesidades mediante la mejora de la calidad de vida.

Las subvenciones a personas e instituciones con fines sociales constituyen la principal preocupación de la Consejería

La Consejería de Bienestar Social tiene previsto destinar más de 3.500 millones de pesetas —de los cerca de 5.500 de que dispone la Dirección General de Servicios Sociales— a subvencionar las pensiones a ancianos y enfermos, a becas para minusválidos y a ayudas individualizadas para casos de necesidad.

Esta cantidad representa la cifra más importante de las partidas previstas, lo cual acentúa las muestras de preocupación del Departamento hacia los más necesitados.

Para mantenimiento de Centros dependientes de Instituciones Sociales sin fines lucrativos y de Corporaciones Locales se emplearán 404 millones de pesetas, con un incremento del 18 por ciento en relación con el ejercicio económico de 1983.

Asimismo, para la creación de nuevos Centros de Servicios Sociales han sido presupuestados 300 millones de pesetas, lo que supone un 47 por ciento más que en el ejercicio del año pasado.

La Consejería de Bienestar Social entiende que con estos aumentos se podrán satisfacer las necesidades sociales existentes en Castilla y León.

Con el fin de determinar las necesidades de la Comunidad Autónoma, la Dirección General de Servicios Sociales ha puesto en marcha un programa de investigación de necesidades y recursos.

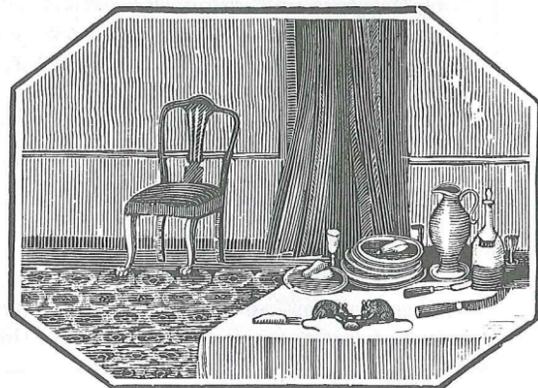
De este modo será posible planificar las urgencias sociales más perentorias de todas y cada una de las provincias castellano-leonesas: Avila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora.

Campañas sanitarias e información al consumidor

La realización de campañas sanitarias y la información al consumidor son otros de los planes de actuación de la Consejería de Bienestar Social, a través de las Direcciones Generales de Salud Pública y de Consumo, respectivamente.

La Dirección General de Salud Pública y Asistencia Sanitaria, con su presupuesto cercano a los 5.500 millones de pesetas, tiene prevista la puesta en marcha de campañas sanitarias y programas específicos sobre el saneamiento del medio ambiente, y concretamente de los ríos, sobre la educación para la salud y la salud escolar. Asimismo, se ha pensado en la creación de Centros de Salud en las distintas provincias de la Comunidad Autónoma.

La Dirección General de Consumo, con el resto del presupuesto de la Consejería de Bienestar Social, hasta completar los más de 11.500 millones de pesetas de este Departamento gubernamental, subvencionará a Corporaciones Locales y Asociaciones de Consumidores, complementando, de este modo, las ayudas procedentes del Instituto Nacional de Consumo, no incorporadas aún al presupuesto.



El objetivo central de esta Dirección General es informar y formar al consumidor para que sea él el que se defiende del atropello a sus derechos.

La Dirección General de Consumo potenciará, además, las labores de inspección de productos, para lo que se esforzará en dotar a los laboratorios de los medios precisos para el ejercicio de su función.

El Gobierno de Castilla y León se ha marcado un reto optimista, esperanzado en la satisfacción de las necesidades sociales

El Gobierno de Castilla y León, siguiendo de las primeras elecciones autonómicas del ocho de mayo de 1983, se ha marcado en cuestiones de bienestar social un reto optimista, esperanzado en el logro de la satisfacción de las necesidades sociales en sus múltiples aspectos.

Esa meta optimista es la que ha estado presente a la hora de confeccionar los presupuestos y distribuir las partidas. La Junta de Castilla y León ha tenido como norte el crecimiento global de la economía nacional en un 4 por ciento y la reducción de la tasa de inflación.

Pasados los trámites parlamentarios para la aprobación de los presupuestos por las Cortes de Castilla y León —una vez derrotadas las enmiendas de oposición—, el Gobierno Regional ha puesto en marcha todo el engranaje administrativo para que cada partida económica vaya a su destino.

El ritmo de la inversión que ha previsto para 1984 el Gobierno Autónomo, de la que la Consejería de Bienestar Social ha recibido el porcentaje más alto, ha sido planificado y determinado bajo la luz de la crisis económica en que está inmersa Castilla y León, dentro de la crisis generalizada nacional mundial.

LOS NIÑOS MALTRATADOS

IRIS MARTINEZ*

I. INTRODUCCION: LOS NIÑOS MALTRATADOS

El más alto objetivo de un trabajo sobre niños maltratados sería, sin duda, conseguir que un escalofrío, por muy pequeño que fuera, recorriera nuestra endurecida sensibilidad; no pretendo tanto, simplemente una exposición de los recursos, instituciones y centros a los que estos niños pueden acudir, tanto públicos como privados, así como la legislación vigente que regula tales situaciones, que está en proyecto y de la que tanto se espera en el mejoramiento de estos procesos.

En la introducción se incluye una entrevista a la encargada del Grupo del Menor, dentro de la Asociación Pro Derechos Humanos, en la que se exponen los Derechos del niño y la problemática general de los mismos, incluyendo estadísticas, definición y clases de malos tratos, así como de terapias para los mismos.

En el mercado de mi barrio, la semana pasada murió, en un horrible accidente, Pedro F., tenía trece años y como dice un carnicero parlanchín, que fue el que me contó el suceso, el niño era la lamparilla del mercado.

A las siete de la mañana empezaba a limpiar el puesto, iba y venía, cantaba y a todo el mundo le decía algo. El sábado, cuando subía su carretilla, como siempre, en el ascensor algo no funcionó y le aplastó la cabeza, era sólo un niño abandonado, que como otros muchos trabajan en los mercados. Yo, que estaba preparando este artículo sobre niños maltratados, no podía creer lo que me contaba el señor carnicero, que hoy, en 1984, en un país europeo, existen niños en edad escolar en estas condiciones. Pues mire —me decía—, a la familia que lo tenía en el puesto del mercado se les ha caído el pelo, han perdido todo lo que tenían, pero no les importa, ¿sabe?, porque querían

mucho al niño y están deshechos; —pero, si lo querían tanto, ¿por qué no lo adoptaron y lo llevaron al colegio?, pregunto... —Psss... —ya hicieron bastante con acogerlo y darle trabajo; si lo que pasa es que no se puede ser bueno —mire lo que se han buscado—; claro que quien más ha perdido ha sido el niño, que era una criatura y tenía toda la vida por delante. Yo también me escapé de mi casa, ¿sabe?, cuando tenía doce años —continúa—, y no crea que mi familia era pobre, que soy de una buena casa castellano-manchega —mi padre era el alcalde del pueblo y estaba acostumbrado a tratar a todo el mundo con tiranía, y a mí más que a nadie; me pegaba todos los días unas palizas tremendas, mi madre también me pegaba, aunque menos; hasta que me escapé—. También fui a parar a un mercado y a los pocos días vino mi madre con la guardia civil y me dijeron: a casa o a un correccional. Yo lo tenía muy claro: a un correccional, dije; y ya ve, hoy tengo a mi madre conmigo, por pena y por dar ejemplo a mis hijos. Pero, usted ahora no será autoritario con sus niños, ¿no?, le pregunté. No, ni mucho menos, yo no me atrevería a tocarlos, y además todas las cosas las hablamos, y ellos lo comprenden, no hay ninguna necesidad de pegar, para eso somos hombres, ¿no?

Pedro F. ha muerto y ha dejado de sufrir también, es triste, muy triste por él, por su familia, aunque le hubiera abandonado, por sus otros hermanos, que probablemente estén sufriendo una situación parecida, por los niños maltratados que ni siquiera pueden huir de casa, y por todos nosotros que nos compadecemos de los niños de la India que mueren de hambre, y en el mercado de nuestro barrio existen niños abandonados, asustados y maltratados por los que no hacemos nada.

Según las estadísticas, cada vez se maltratan más niños. O existe, acaso, más conciencia de que se maltratan. Unos 40.000 niños son apaleados cada año en España y casi 5.000 asistidos en hospitales.

“... Una madre acusada de prostituir a su hija de 15 años en el interior de una furgoneta. Ambas fueron detenidas cuando la menor se encontraba en el interior de la furgoneta en compañía de un hombre cuya identidad no ha sido facilitada. La madre de la menor esperaba en un bar próximo a que su hija terminara su actividad...”

Pretender abordar un tema tan desgarrador como éste sin dramas, sin descender al hecho concreto que todos los días trae la prensa, al sadismo incomprendible con el que se trata a estos niños, es completamente imposible y además falso e hipócrita. No debemos pensar que estos hechos son aislados o escasos sino, por el contrario, muy frecuentes. Las estadísticas pondrían los pelos de punta al más apático, pero son demasiado frías, y los hechos concretos son tan espeluznantes que suenan a exageración, a mentira y a lejanía. El más grave de los malos tratos a niños es la insensibilidad, la más injusta de las leyes, la terca mentalidad e inmovilismo que impregna a la sociedad y el más absoluto abandono hacia estos niños, nuestra indiferencia.

Cuando un niño recibe un golpe siempre es injusto y cobarde, y que ese niño, de alguna forma, es irrecuperable. Las marcas de una paliza se hacen incurables en su alma, que empieza a fabricar desde ese momento veneno, un veneno que utilizará contra él mismo o contra los demás. Recordemos siempre que: un niño que vive criticado aprende a condenar; un niño que vive con hostilidad aprende a pelear; si vive avergonzado aprende a sentirse culpable; si lo hace con tolerancia aprende a ser tolerante; si vive con estímulo aprende a confiar; si es apreciado aprende a apreciar; si vive con equidad será justo; si vive con seguridad aprende a tener fe; si lo aprueban aprende a quererse, y si vi-

* Miembro de la Redacción de la Revista de Servicios Sociales y Política Social.

ve con aceptación hallará amor en el mundo, como cantan los lemas de Filium.

"Aquel que camina una sóla legua sin amor, camina amortajado hacia su propio funeral"

W. Whitman.

Como dice Whitman, para esa personita no hay salvación. Su afectividad ha quedado dañada para siempre. Un niño maltratado o tratado sin amor camina en picado toda su vida.

Es muy difícil profundizar en el por qué de la violencia y tratar de analizar el fenómeno. Tanto la bondad como la violencia no son exclusivas de uno u otro sexo, pero históricamente se ha reconocido uno como débil y otro como fuerte. Así que éste no es únicamente un problema ético sino un complicado engranaje de factores culturales y económicos, tan complicado que se hace inexplicable en el caso de las agresiones físicas que se dan con frecuencia en clases cultas, así como la pasividad de la sociedad que acepta la paliza de un padre a un hijo, simplemente porque es su padre.

Un niño es el primero que sufre el alcoholismo de su padre y las ideas equivocadas de autoridad, o de la propia frustración de los padres que descargan su fracaso en la vida en el único ser sobre el que poseen autoridad. Todo ello provoca situaciones tan tensas que hace que la tortura no se encuentre sólo en las cárceles sino también en el cuarto de los niños.

II. QUE SE CONSIDERA MALOS TRATOS A NIÑOS

Se utilizan cuatro categorías para definir este comportamiento: violencia física, abandono físico y emocional, maltrato emocional y explotación sexual. La violencia física queda definida por cualquier lesión infligida que requiera atención médica.

Tanto el abandono o la negligencia suponen un fallo del progenitor en la medida que atenta contra la salud del niño. Incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos o la insuficiente protección del niño contra riesgos físicos o sociales. Estos comportamientos que han sido estudiados no pueden considerarse del todo culpables ya que responden a unos condicionamientos determinados; por ejemplo, existe un alto porcentaje de padres que maltratan a sus hijos que han sido ellos

mismos en su infancia maltratados. El problema no es insoluble si contamos con una mentalización general, y en particular con el tratamiento de esos padres, que está dando buenos resultados. Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe, en su libro "Niños Maltratados", dicen que se realizan tratamientos para padres, y que cuatro de cada cinco padres tratados pueden ser convencidos de que abandonen su actitud si se ponen todos los medios posibles: utilizar servicios de ayuda a domicilio, asistencia social, psicológica y siquiátrica, así como también es importante la labor de la justicia y de la policía.

Volviendo al concepto de malos tratos, es mucho más amplio que lo expuesto hasta ahora. Un niño maltratado es un niño no deseado responsablemente y este niño será una carga insostenible para muchos padres; un embarazo que no se asume como un proceso delicado y cuidadoso en el que la madre se prepara para la maternidad. Por ejemplo, el niño que desde el momento de nacer padece síndrome de abstinencia porque su madre es drogadicta. Este recién nacido, entre las 24 y 72 horas posteriores al nacimiento o de 96 en el caso de la metadona, sufre las siguientes manifestaciones clínicas, que dependerán de la gravedad de la adicción, y son: malformaciones en algunos casos, vómitos profundos, diarreas, pérdida de peso desde un 10 por ciento hasta un 15 por ciento, irritabilidad casi nula, convulsiones, hipersudoración y trastornos de todo tipo. Un niño que nace en estas condiciones es maltratado desde sus primeras horas de vida, y el trauma de estos primeros momentos perdurará toda su vida. Un parto violento influye en el niño, o una privación de los primeros cuidados necesarios. Como también puede considerarse maltrato una sobreprotección o el agobio de enseñanza y hábitos que en edades tempranas constituyen represiones de algo natural y que el niño debe exteriorizar libremente. Se puede considerar violencia contra el niño la exigencia de un rendimiento escolar excesivo hasta llevarlo a un estado de angustia que, como vemos actualmente, puede llegar hasta el suicidio del niño.

Es tan amplio este concepto que podríamos llegar a considerar como malos tratos hacia los niños la guerra. Como decía Herodoto, "en la paz los hijos entierran a sus padres, en la guerra son los padres los que entierran a sus hijos". Es difícil determinar la responsabilidad de la guerra, pero también es muy cierto que la violencia engendra violencia, y

la tensión que hoy vive la sociedad al final redundará en los niños.

Los doctores Kempe y Helfter fueron los primeros en definir lo que se llama el "síndrome del niño apaleado", y es a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando los pediatras empiezan a plantearse la relación padre-hijo como algo más que una relación regida únicamente por el afecto y la generosidad sin límites. Estos doctores afirman que: "mueren más niños menores de cinco años a consecuencia de malos tratos que a causa de la tuberculosis, la poliomielitis, la escarlatina, la diabetes, la fiebre reumática y la apendicitis juntas".

Sin recurrir siempre a casos dramáticos, es cierto que los niños sufren los desequilibrios y neurosis que la sociedad provoca en el adulto. La vida familiar está llena de pequeñas tiranías hacia el niño, por lo que son vistas sin extrañeza alguna: "Niño, eso no se hace", "eso no se toca", "los niños callan cuando hablan los mayores". La agresión exterior les influye a ellos más que a nadie: la contaminación, la falta de parques en las ciudades, un sistema de educación competitivo desde los primeros años, etc.

Por otra parte, los padres, y sobre todo el padre, suele ser el gran ausente, como dice Juan Pundik, presidente de Filium, organización creada para la prevención del filicio, dependiente de la UNESCO: "Vivimos en una sociedad que muy bien podría definirse como del "padre ausente". Para la inmensa mayoría de los niños el padre no existe, es un fantasma con el que se amenaza. ¡Ya veras cuando venga tu padre! Pero el padre vuelve demasiado cansado, aburrido y muchas veces demasiado tarde".

TERAPIA DE LOS NIÑOS MALTRATADOS

Para proyectar un tratamiento con estos niños se debe empezar por reconocer todas sus dificultades. Se realizarán evaluaciones somáticas, neuróticas, cognitivas, sociales y siquiátricas por un equipo de especialistas, que a su vez, deberán tratar también a la familia, siempre que ésta esté dispuesta a colaborar; lo que es importante, tanto como para que no saboteen el tratamiento del pequeño como para que se sientan incluidos como padres.

Los tratamientos son largos y complejos, desde el primer momento que el niño es ingresado en el hospital por lesiones. En ese momento suele estar también compartiendo una crisis fami-

liar con sus padres. Si vuelve al hogar, es necesario el seguimiento del caso, y quizá sea este el momento de proceder a realizar un estudio psicológico del niño, si se sospecha que a causa de los malos tratos ha sufrido un persistente daño síquico.

El niño hospitalizado, además de padecer el dolor de las lesiones, teme por el hecho de saber que su padre o su madre pueden sentir furia contra él. El hospital es algo desconocido que le asusta, sus padres no están junto a él para consolarlo porque ellos mismos están asustados con lo que pueda pasarles; a veces desaparecen sin asegurar al niño que van a volver.

En agresiones físicas más graves se realiza una asistencia más prolongada. Un especialista en recuperación hace las indicaciones oportunas sobre aquellos niños cuyo desarrollo muscular esté afectado, así como los que presentan retrasos del lenguaje para que sean atendidos, hasta que mejoren en sus relaciones sociales y en el contacto con el medio ambiente. La misión principal y constante del terapeuta es la de mantener una sólida imagen de la realidad en el niño, clara y adecuada que el niño sea capaz de comparar con la situación que él está viviendo. Esto le hace ver más claro al niño lo inconsciente de su mundo familiar y le abre el camino de nuevas formas de comportamiento. Las terapias serán adecuadas a cada niño en particular, a cada circunstancia y a cada edad; en todo caso son largas y complicadas, pero merece la pena intentarlo.

No obstante, todo debe estar planificado en conjunto. En muchas ocasiones es preferible planificar y llevar a cabo un programa que comprenda a toda la comunidad, que intentar cambiar las instituciones o las formas de asistencia. Las nuevas tendencias van dirigidas hacia el trabajo en grupos de acción, comités y barrios, encabezados por miembros de esa comunidad o por profesionales. Sólo de esta forma lograremos que la comunidad se interese en la resolución de sus propios problemas, con lo que se logrará una mayor sensibilización en estos temas.

ENTREVISTA A ROSA LABIÑA, ENCARGADA DEL GRUPO DEL MENOR EN LA ASOCIACION PRO DERECHOS HUMANOS QUE PRESIDE JOSE MARIA MOHEDANO

"El Grupo del Menor, dentro de la Asociación Pro Derechos Humanos de España, se formó hace muy poco real-

mente. Comenzamos a trabajar después del verano pasado, y lo más significativo que este grupo ha organizado fueron las "Jornadas sobre los Derechos Humanos del Menor", en marzo, que sirvieron para reunir a importantes profesionales y especialistas de este campo. Estuvo Miret Magdalena, que desde ese momento nos ofreció su colaboración y apoyo. Participaron, como te digo, asistentes sociales, periodistas, psicólogos, etc. Realmente, creo que fueron interesantes para aclarar conceptos, poner en común experiencias, y también como punto de partida para el futuro".

"Nuestra labor es de puente entre las instituciones y los barrios, y sobre todo la denuncia social y la presión en la medida de nuestras posibilidades. Este trabajo en los barrios es muy interesante; la gente que trabaja de esta forma lo hace en unas condiciones muy duras, sin medios suficientes; además, tampoco pueden ofrecer alternativas válidas a esos niños sin familia, porque la única alternativa inmediata es el internado, y todos sabemos lo que eso supone: es muy malo para cualquier chaval".

¿El Proyecto de Ley de Protección de Menores, en que medida va a cambiar esta situación? ¿Existe otro proyecto o reforma que afecte a los niños?

Yo no soy ninguna experta jurídica y no te puedo hablar mucho de este tema; también se trató en las jornadas sobre el menor; lo que sí quedó claro fue que, aún hoy, y pese a circunstancias comprobadas de malos tratos, etc., hay un cierto recato por parte de los jueces a quitar la patria potestad a los padres naturales; el juez no se decide fácilmente por un montón de circunstancias. Nuestra Asociación, lo que opina es que cuando el niño por edad pueda opinar, que se le permita hacerlo, porque el niño siempre está en silencio, va a los Tribunales y nadie le pregunta.

Pero los niños, incluso los maltratados, casi siempre quieren volver con sus padres, ¿no es así?

Depende de muchas cosas, pero en general sí, los niños se tienen que encontrar en una situación muy aguda para no querer volver a su casa, por otra parte tienen miedo a denunciar a sus padres por temor a las represalias. Nosotros no tenemos, de momento, infraestructura suficiente para atender casos concretos, queremos únicamente sensibilizar a la gente y estar ahí, simplemente, cerca de ellos, en la calle que es donde se dan los problemas.

La Asociación está dividida en grupos de trabajo: mujeres, niños, reinserción social de expresidarios, etc. Todos los que trabajamos lo hacemos de forma totalmente altruista, y creo que en general tenemos bastante apoyo y colaboración.

¿Tenéis alguna relación con asociaciones de carácter internacional, como UNICEF, UNESCO, etc.?

No, cada Asociación en su país trabaja de un modo independiente. Por supuesto, si nos piden o pedimos colaboración en algo se ayuda, como en el caso de Amnistía Internacional, pero no existe una forma de colaboración o relación continuada o sistemática.

Volviendo a los niños, si recibimos una denuncia nos cercioramos si es cierta, y en ese caso la ponemos en manos de los Tribunales; además, la Asociación cuenta con un grupo de abogados. Las acciones dependen de donde proceda la denuncia, que puede también ir dirigida a los orfanatos o instituciones. En este sentido, también queremos ver cómo están los centros, pero para hacerlo tendríamos que pedir permiso a los Tribunales Tutelares y hacer las gestiones necesarias. Todo esto entrará en el plan que estamos elaborando para el año próximo, en el que esperamos se empiece a notar nuestra labor con los niños.

III. ASISTENCIA A NIÑOS MARGINADOS: RECURSOS, CENTROS, INSTITUCIONES Y ORGANISMOS

Dentro del amplio concepto de "infancia marginada" se engloban otros más específicos, como: "niños carentes de ambiente familiar", "niños abandonados.. o "niños maltratados". El concepto *marginación* hace referencia al ambiente, es la causa social de fenómenos de abandono, desasistencia o malos tratos. Se habla de *marginación social del menor* y desde este punto de vista expondremos unos servicios específicos a ellos destinados.

Hoy día, todas las corrientes socio-pedagógicas están de acuerdo en calificar al hogar familiar como insustituible para el perfecto desarrollo del niño, tanto en su siquis como en su completa inserción social. El problema surge cuando la familia deja de ser protectora y educadora, y se convierte incluso en agresora para el niño, cuando lo único que le proporcionan es abandono, malos tratos o explotación. ¿Qué hacer en-

tonces? La única solución es el internado, o lo ha sido hasta ahora, ya que actualmente se están llevando a cabo otras experiencias que intentan desmasificar estas instituciones creando una especie de hogares artificiales, sustitutorios de la familia, que parecen estar teniendo mejores resultados. Volviendo al internado, sería interesante hacer un rápido repaso a la historia de las instituciones para niños, para comprobar todo lo que hemos avanzado y todo lo que queda por recorrer.

Es sobradamente conocida la crueldad de las antiguas civilizaciones hacia los niños. En Tiro y Sidón se les sacrificaba para calmar la ira de los dioses. Los maronitas, amonitas y fenicios los sacrificaban al dios Moloch. En Egipto y China, la matanza, sobre todo de niñas, ha llegado casi hasta nuestros días. Desde Palestina hasta las crónicas escandinavas, en todos los pueblos abundan los sacrificios de niños por una u otra causa. Es en algunos pueblos paganos en los que se inicia un movimiento de piedad hacia los niños que se refuerza con la llegada del Cristianismo; San Bernabé condena el infanticidio e influye en los emperadores posteriores como Trajano, que es el primero en proteger a miles de niños abandonados y redacta normativas a este respecto como la *Tabullae Alimentarie*. En el siglo IV, Constantino obliga a los padres a criarlos en la fórmula: *las necesidades de los recién nacidos deben atenderse sin aplazamiento*. San Basilio y San Juan Crisóstomo son los fundadores de los primeros hospitales y asilos para niños en Sebaste y Cesárea (372). Posteriormente, el Código Teodosiano (438) y las leyes visigodas, prohíben a los padres vender a sus hijos y darlos en prenda. El papa Inocencio III, compadecido de la cantidad de niños que tiraban al Tiber, dispuso que en el Hospital del Espíritu Santo se asistiera a los niños expósitos.

En España, nuestro primer centro de atención al niño se construyó en Valencia, en 1337; fue la institución El Padre de Huérfanos, que recoge a niños huérfanos o abandonados de Navarra, Aragón y Castilla, por disposición de Pedro IV el Ceremonioso, y es la primera importante en la que se decía: "Como quiera que por disposición divina se haya conferido a la solicitud regia el cuidado de los huérfanos, especialmente si son pobres, y no poca gracia alcance el Señor que generosamente atiende al pobre y al necesitado...". Como vemos es una atención desde una mentalidad puramente de beneficencia de la que nos

ha quedado un lastre hasta épocas mucho más actuales.

Ya en 1567, se funda en Madrid la famosa Inclusa o Casa de Expósitos. Por aquel entonces surge la figura de San Vicente de Paul, que crea la casa Couche, y la Comunidad de Hijas de la Caridad, que tanto influyeron en Francia en favor de los niños, extendiéndose a otros países.

Carlos III y Carlos IV, en 1794, fomentan la educación de los niños abandonados y ordenan a los justicias de los pueblos que castiguen por injurias y ofensas a quienes llamen a estos niños "bordes, ilegítimos, bastardos o espúreos". En esta época se da una interrelación muy fuerte entre pobreza-vagancia-picardía, y buena prueba de ello es la disposición de Carlos III, de 1 de abril de 1783, en la que se expone el fin de internar a los niños en los hospicios: "para que se les instruya en las buenas costumbres, se les haga aprender oficios y manufacturas, dándoles ocupación y trabajo proporcionado a su fuerza, o que se apliquen al que ya supieren, a fin de que dando pruebas de su aplicación y enmienda puedan con el tiempo restituirse a su patria o donde les convenga fijar su domicilio, para hacerse vecinos útiles y contribuyentes"; lo cual nos demuestra que es una época en que la asistencia social a los niños está muy relacionada con trabajo y contribución económica, y la preocupación por ellos casi nunca es desinteresada. Escribe Cristóbal Pérez Herrera: "para salvar a los niños de la miseria y la corrupción se repartan por los prelados y corregidores, entre personas honradas, para ponerlas a oficio o servir de ellos; prohíjanlos cuando no tengan hijos, colocando otros en casas de expósitos hasta que fuesen mayores, que se entregarán a gentes buenas que los tuviesen a su cargo".

En Sevilla se crea el hogar llamado "Los Toribios de Sevilla", es un antecedente de la que fuera *jurídica del menor*.

El paso decisivo se da en el siglo XIX, con la creación de las Cátedras de Pediatría, que inician todo un despertar de interés hacia la infancia, que culminan, en cierta forma, con la ley de Tolosa, en 1904, de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad, creándose el Consejo Superior de Protección a la Infancia por don Manuel Tolosa Latour, que queda desglosado en servicios: puericultura y primera infancia; higiene y educación protectora; vagancia y mendicidad; patronatos de

corrección paternal, y jurídica y legislación.

Hoy, la sicología evolutiva ha progresado enormemente si la comparamos con estas épocas anteriores, pero, a pesar de todo, están plenamente vigentes las palabras de Laín: "Sólo bien entrado el siglo XX ha ganado plena madurez la consideración científica del niño, pero nuevamente me afirmo en mi tesis, reiteradamente defendida, de que *el niño acaba de nacer*". Esta preocupación por la infancia justificaba la opinión de quien asegura que el nuestro será el siglo del niño.

POLITICA ACTUAL DE ASISTENCIA A LA INFANCIA

A pesar de que se intentan otras formas de asistencia a la infancia, hoy por hoy, el internado es todavía el sistema más utilizado para atender este problema. Los centros de internado han variado con el tiempo, dependiendo de factores como: política seguida por el organismo gestor, ideología o presión socio-cultural que le rodea, etc. Se intenta cambiar estos métodos por formas nuevas de convivencia de los muchachos, siguiendo estas nuevas orientaciones que llaman a la desmasificación y deshumanización en muchos casos, y van hacia lo que se ha dado en llamar *hogares funcionales*, es decir, grupos pequeños de asistidos y educadores reunidos en pequeños núcleos casi familiares. Es muy largo el camino que lleva del hospicio al hogar, pero debe intentarse tanto por el Estado como por las instituciones privadas que trabajan para los niños. Todo esto debe ser apoyado por una legislación más acorde con el momento que vivimos. Nada se conseguirá si las nuevas leyes en proyecto no sirven para agilizar los procesos de adopción plena, de guarda y custodia o de la pérdida de la patria potestad de los padres sobre los hijos, cuando se den casos de malos tratos o abusos de cualquier tipo.

La política asistencial será también preventiva, no sólo asistencial, y deberá actuar en la raíz del problema, en la estructura social de la marginación; por lo tanto, los servicios para la infancia no deben ser exclusivos para los niños, sino que atenderán también a las familias y al barrio, como ya se viene haciendo en otros países, ya que hay una relación directa entre necesidad y deficiente integración social, y entre carencias afectivas y condiciones socioeconómicas.

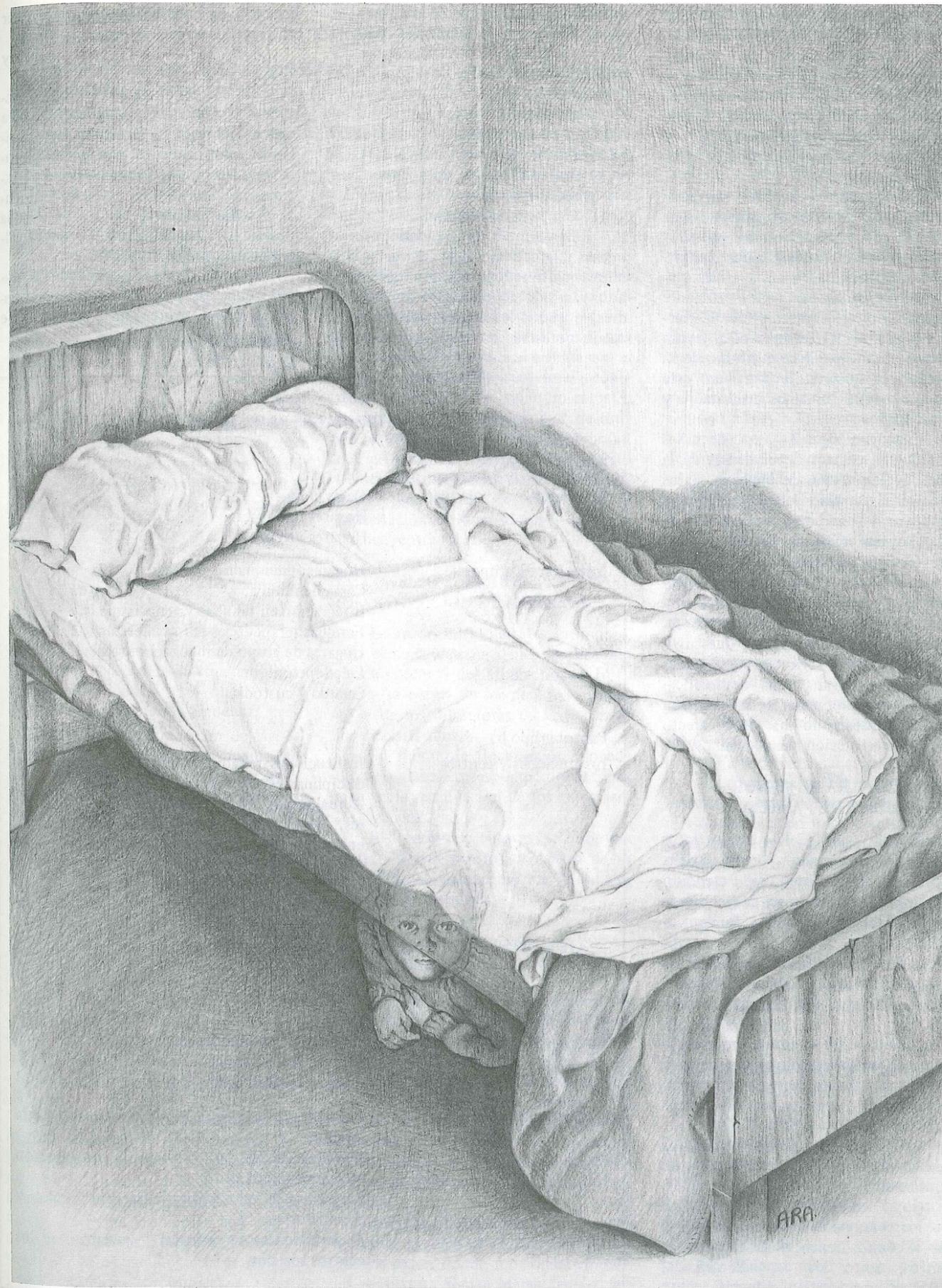


Ilustración de Araceli Sanz Niefo

Cada problema o cada necesidad del niño exige un tipo de centro diferente. Unos atenderán a niños con deficiencias nutricionales; otros, sicoafectivas o con ambas carencias; niños con modificaciones de conducta por influjo directo del ambiente, de la familia; o niños con necesidades genéricas independientes de su condición social.

En España, el Instituto de Asistencia Social (INAS), del Ministerio de Trabajo, se ocupa de los tres primeros grupos de niños, es decir, niños sin especiales conflictividades en su comportamiento, pero que carecen de ambiente familiar, y que necesitan nutrición, afecto y posibilidades de desarrollo, y para lo cual es preciso separar al niño de su hábitat o núcleo familiar; en este grupo entrarían los niños maltratados y abandonados.

Existe un segundo grupo de niños asistidos en centros dependientes de la Obra de Protección de Menores. Estos padecen algún tipo de desorganización síquica o de conducta, y pueden o no estar separados de su familia. Necesitan técnicas de tratamiento especial.

En cuanto a la política preventiva para el futuro, debería iniciarse una atención familiar en núcleos necesitados; también tendrían que dividirse los centros según las necesidades infantiles y llegar a una desmasificación que incrementaría la atención personal, insistiendo más en el afecto que en la instrucción hacia los niños.

CENTROS PARA EL MENOR QUE CARECE DE FAMILIA

El niño que recibe malos tratos o que es rechazado por su familia debe, necesariamente, ser atendido por el moderno estado de Derecho, que seguirá estas tres premisas fundamentales:

— El Estado está siempre detrás de la familia. Sólo actuará para casos en los que se produzca una deficiencia familiar.

— Deberá ser el tutor, protector o corrector en los actos peligrosos para la infancia: abusos con menores, comportamientos y desviaciones específicas para con ella.

— Promocionar servicios generales para la promoción de la infancia y de la juventud.

Hoy, los Gobiernos Autónomos son los competentes en estas materias, por lo tanto tienen a su cargo estos centros, tanto los dependientes del INAS, en una función asistencial, como

los de la Obra Protección de Menores, en la tutelar; y la Dirección General de la Juventud y Promoción Sociocultural, que se encarga de la promoción cultural de los niños.

Combinando todas estas funciones y centros podemos esquematizar los Servicios Sociales para la infancia en el siguiente cuadro, que responde a tres grandes apartados:

— Carencia de vida familiar.

— Situaciones de abandono, económicas y afectivas: aquí entrarían los niños maltratados, siempre que éstos hubieran sido abandonados por sus padres, o que se les hubiera arrebatado la patria potestad, en caso contrario; éstos

son aspectos legales que deben ser solventados en los tribunales.

— Problemas de comportamiento y delincuencia.

Las causas de ingreso en centros estatales podrían ser enumeradas en este orden: pobreza, carencias afectivo-familiares (aglutinando en este grupo los casos de: abandono, viudedad, pobreza extrema, alcoholismo, soltería, ambiente familiar negativo, etc.) y conductas desviadas (a las que corresponderían: alcoholismo, malos tratos, etc.).

A partir de estas necesidades el Estado debe estructurar lo que sería Asistencia social, protección a la familia, e incluso corrección.

SERVICIOS SOCIALES PARA EL MENOR

Para el grupo a)

Internados

- Casas cuna.
- Hogares infantiles.
- Hogares juveniles.

Inserción en grupos

- Hogares funcionales.
- Casas de familia.
- Integración en familias ya constituidas.
- Familias terapéuticas (Browndel Canadá).
- Hogares de grupo de muchachos (Nueva York).
- La adopción.
- Guarda y custodia.

Para el grupo b)

Instituciones y centros

- Instituciones rehabilitadoras con equipos interdisciplinarios especializados en la infancia.
- Actualización de la Obra Protección de Menores: Defensor del Menor, Juntas y Tribunales, equipos de seguimiento de conducta, selección de visitadoras.
- Pueden tener cabida centros especiales de tratamiento de personalidades débiles, con rarezas, con trastornos psicológicos, etc., aunque no tengan manifestaciones sociales en su comportamiento.

Para el grupo c)

Instituciones de menores

- Centro de lactantes y primeros años.
- Guarderías infantiles.
- Centros sociales para la infancia y juventud.

Instituciones para el menor

- Gabinetes para el estudio y asesoramiento a la infancia.
- Instituto del Niño (Organismo de coordinación interministerial).
- Programas de educación y asistencia familiar y comunitaria.
- Departamentos de infancia y juventud en los centros sociales.

LA OBRA DE PROTECCION DE MENORES

Creada por Decreto de 11 de junio y de 2 de julio de 1948, que establece sus funciones en:

— Proteger y amparar a la mujer embarazada.

— Inspeccionar los centros y recoger niños.

— Investigar la explotación de los menores de dieciséis años.

— Denuncia y persecución de los delitos realizados contra menores.

A este organismo le corresponde la especial protección o corrección de menores, así como la denuncia de adultos que maltraten o que exploten a algún niño.

La política llevada a cabo en este sentido desde principios de siglo era denunciada ya en obras de su tiempo, como en: "La Beneficencia en España", de Hernández (1876). Los defectos en ellas aludidos han continuado demasiado tiempo, y podrían resumirse en:

- Política demasiado espontánea.
- Vinculada a instituciones jurídicas (Tribunales).
- Casi siempre correctiva.
- Criterios de inserción del menor económicos: trabajo y productividad.
- Exigencia demasiado temprana de responsabilidad.
- A veces, se explota al menor.

Hoy, la Obra Protección de Menores ha avanzado considerablemente, se plantea una reconsideración de la política de prevención y de desarrollar unos sistemas diferentes del internamiento cerrado que había sido básico hasta ahora. Y, por supuesto, cuando haya que recurrir al internado en un centro, se pretende que esté dividido en módulos pequeños o en hogares pequeños para superar la masificación. Se tiene un gran interés en el fomento de cooperativas de trabajo para ayudar a la solución del paro juvenil, así como campamentos de verano, granjas agrícolas, en las que se pueda desarrollar la formación profesional adaptada a estos menores, al igual que la E.G.B. adaptada igualmente a estos niños.

Es preciso, también, replantearse el sistema educativo en estos centros. "En la educación no basta la instrucción, sino que es preciso el desarrollo de la formación personal, evitando el creer que la disciplina y el orden son por sí mismos educativos. La educación se obtiene por otros caminos más personales y personalizantes" (Bousquet).

En cuanto al futuro de la Obra Protección de Menores, es preciso contar con el proceso autonómico que remodela toda su estructura. Dentro de los Tribunales, se distingue la protección de la reforma (reinserción), cometido del Consejo Superior en todos sus aspectos. El papel de la Justicia es la promoción y defensa jurídica de los Derechos Humanos, de la objetividad en el tratamiento de los problemas delictivos y la reeducación humanizante del que comete estos actos.

Según se ha convenido con las Autonomías la estructura futura del Consejo Superior de Protección de Menores se centrará en puntos como: una labor nacional de ayuda al trabajo con el menor, que se realiza en las Autonomías, Diputaciones y Ayuntamientos; la coordinación de plazas que sean destinadas al uso de las diferentes Autonomías, que no tengan soluciones propias en sus Centros; planes nacionales e internacionales psicológicos de formación y capacitación de educadores y personal técnico, entre otras.

EL CONSEJO SUPERIOR DE PROTECCION DE MENORES

Es un organismo estatal autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propios dentro del Ministerio de Justicia, y se ocupa de los menores en riesgo y de los infractores de la ley hasta los dieciséis años.

Su fuente de financiación procede de los ingresos correspondientes al 5 por cien de la recaudación de los espectáculos públicos.

El Consejo se encarga de la propia gestión de sus centros, y dentro de su estructura se encuentran los Tribunales Tutelares de Menores.

LOS TRIBUNALES TUTELARES DE MENORES

Los Tribunales fueron creados en 1918. La dictadura de Primo de Rivera supuso una suspensión de los mismos y una remodelación de los patronatos de asistencia a la infancia, reanudándose en 1973 su actividad con la formación de nuevos Tribunales Tutelares de Menores. En 1940 y 1943 se decretan nuevas modificaciones y se refunden textos legales manteniéndose como base la Ley de 1904.

Hoy han quedado desfasados y anacrónicos, no sólo en España sino en todos los países donde funcionan tribunales similares. Siguen dependiendo del

Consejo Superior de Protección de Menores, que extiende su acción a todo el territorio nacional, mientras que la Junta de Protección de Menores y los Tribunales actúan con bastante independencia en provincias.

Los Tribunales Tutelares de Menores tienen una doble facultad: una protectora y otra reformadora o correctora; no obstante, apenas tienen o han tenido hasta ahora un enfoque preventivo, trabajando de una forma más individualizante, es decir, tratando al sujeto infractor y no a su entorno. Todos los especialistas dedicados a la infancia reconocen que se encuentran completamente desarmados a la hora de intentar proteger a un menor de malos tratos o de atacar situaciones predelictivas. Incluso los propios directivos del Consejo admiten la inoperancia en cierto modo de estas instituciones, que se deben sin duda a numerosas causas:

— Legislación anacrónica.

— Escasez de recursos. Hasta ahora, incluso se han denunciado Centros dependientes del Consejo como lugares en condiciones infrahumanas, con miseria e indignidad similar a la de las prisiones, que los convierten como a éstas en escuelas de delincuencia. A pesar de todo, las nuevas experiencias progresistas emprendidas hoy día, no son debidamente controladas, con lo cual se transforman en terapias inexpertas e inútiles.

— Carencia de sistemas educativos recuperadores.

— Falta de personal especializado.

— La responsabilidad máxima de las decisiones recae sobre jueces y letrados que no tienen unos conocimientos específicos de pedagogía, sicología y tratamientos infantiles y juveniles. A esto hay que añadir el fugacismo de los niños, que determina una media de tiempo de permanencia que no llega al año.

— Excepto en Madrid, no existe ningún equipo de consulta psiquiátrica adscrito al Tribunal; se considera un equipo piloto.

DIPUTACIONES PROVINCIALES Y AYUNTAMIENTOS

Desde la creación de la primera Ley General de Beneficencia (1822), pasando por la Ley Orgánica Provincial de 1882, la Ley de Bases de Régimen Local de 1945, que ya clasificaba los establecimientos en generales, provinciales y municipales, y dividía a los provinciales en casas de maternidad y casas de huérfanos. A partir de esta ley se dictan nu-

merosos Decretos que ordenan a las Diputaciones "procurar por la adopción de los niños expósitos y huérfanos por personas de reconocida solvencia moral y económica". También se encargan de tutelar a los niños una vez que salgan de estas instituciones.

En cuanto a los ayuntamientos, no es tan definida la actividad asistencial en favor del menor. La Ley de Régimen Local de 1955 estipula: "En todo Municipio será obligatoria la prestación de servicios de: guardería rural, asistencia médico-farmacéutica a familias necesitadas, así como el fomento de la vivienda higiénica a familias desvalidas".

Estas obligaciones son indiscriminadas, puesto que cada centro provincial dedicado al menor puede tener sus propias características, métodos y presupuesto, para lo cual no existe normativa.

En cuanto a las Comunidades Autónomas, a las que ya nos hemos referido al tratar de los Tribunales Tutelares de Menores, sus competencias son plenas o lo serán para las que se encuentran en proceso de transferencias, en cuanto a la gestión de sus centros y política social con menores, aunque no esté todavía definida en algunos casos.

EL INSTITUTO NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL

Es un organismo estatal, dependiente de la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo. Nace en 1936, con el nombre de Auxilio de Invierno.

Tiene un total de sesenta centros para niños, a los que se ofrece una atención según sus necesidades: comida, vivienda, desarrollo psicofísico, etc.

En la actualidad, los Centros del Instituto están transferidos a las Comunidades Autónomas, menos Madrid, Ceuta y Pamplona, que se encuentran en período de transferencia.

Insistiendo, una vez más, en la necesidad de una política de prevención en el tema de la infancia, y refiriéndonos concretamente a los Servicios Sociales para la misma, quizá cabría señalar que está prevista la creación de Centros de Servicios Sociales, por parte del Estado, que dirigirán su actuación a unidades geográficas determinadas. Dispondrán de servicios de información y orientación en materia de Servicios Sociales y, entre otras, unidades para la infancia, que atenderán a niños con necesidades o dificultades sociales, y que al estar más cerca de las familias, trabajando con

educadores de calle profesionales, sin duda, incidirán en la prevención de situaciones de malos tratos, delincuencia juvenil, etc.

ASOCIACIONES PRIVADAS QUE TRABAJAN CON NIÑOS

Existen conocidas asociaciones que realizan una extraordinaria labor con los niños. Algunas tienen conciertos con el Consejo Superior de Protección de Menores o con el INAS.

- Algunas de las más conocidas son:
- "Aldeas infantiles S.O.S."
- "Hogares Nuevo Futuro"
- "Mensajeros de la Paz"
- "Hogares Promesa"

Estas Asociaciones, únicamente recogen a los niños. Sin embargo, otras se dedican a colocar al niño en familias, como pueden ser: MACI, sólo para guarda y custodia, y AEPA, para adopciones.

Además existen otras totalmente privadas, que funcionan con sus propios recursos, y que son llevadas por congregaciones religiosas o por asociaciones independientes.

A pesar de todo son pocos los centros disponibles, si se comparan con la demanda que los desborda. En muchas ocasiones no se encuentra ni una sola plaza, por lo que sería necesario ampliar estas dotaciones.

IV. LEGISLACION PARA LA INFANCIA

Hasta el siglo XIX no se puede hablar de una legislación específica para la infancia. Aparte de las leyes que regulan la "Beneficencia", en 1822, es durante la República cuando Pi y Margall proclama una Ley de Protección de la Infancia.

Más tarde los duques de Veragua

fundaron en Madrid la Sociedad Protectora de los Niños (1878), y diez años más tarde se realiza el I Congreso Proteccionista de la Infancia, que trató temas como la protección de niños abandonados y las casas de corrección (expuesto por Concepción Arenal). Desde ese momento empezó a oírse hablar del tema como la explotación laboral del menor, la mendicidad infantil, la enseñanza obligatoria, etc. De este Congreso salió también un proyecto de ley para regular los correccionales.

Después de un largo intervalo, que se rompe en 1913 con el I Congreso Internacional de Protección a la infancia en Bruselas, y en abril de 1914, tiene lugar la I Asamblea Nacional de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad, en Madrid. Casi a la vez se desarrolla el I Congreso de Pediatría, en Palma de Mallorca; son tiempos en que la pediatría española empieza a despertar, interesándose en los derechos y protección de la infancia.

En 1926, Madrid fue la sede del X Congreso Internacional de Protección de la Infancia y la Maternidad, en el que intervino María Soriano, con el tema "Profilaxis de la anormalidad infantil".

Son tiempos en que suenan nombres como los de Concepción Arenal, con obras destacadas: "La Beneficencia", "La Filantropía y la Caridad" (1860). Obras que provocan una preocupación por la existencia de legislación específica para la infancia. Es en 1876 cuando un Real Decreto regula la creación de jardines de infancia y se prohíbe el trabajo de los menores de dieciséis años en fábricas, minas y talleres, y en 1978 se penaliza la explotación de menores en espectáculos públicos y que constituyeran un riesgo físico.

En 1900 se elabora la Ley que regula el trabajo de la mujer y de los niños, y otra, en 1903, se manifestaba contra

la explotación de la infancia en la mendicidad.

La primera ley de protección a la infancia llegó en 1904, y fue obra del doctor Tolosa Latour; el texto de la misma fué completándose posteriormente. La Ley Tolosa era muy progresista para aquel momento, ya que su acción protectora integral estaba ejercitada por un Consejo Superior de Protección de la Infancia, integrado, en aquél entonces, en el ministerio de la Gobernación, y después pasó al de Justicia. Posteriormente, el Consejo se llamó de Protección de Menores, y la Ley fue sustituida en 1941 por la de Sanidad Infantil y Maternal que no derogó la anterior, puesto que sigue utilizando al Consejo como columna vertebral de aplicación; ya en 1948 se aprueba el texto refundido de ambas, siendo ésta la legislación fundamental en materia de menores que hemos tenido hasta ahora.

La legislación fue pobre en los años que siguieron a la guerra civil. En 1942 se legisló sobre el infanticidio y el abandono de niños, pero el Estado se preocupaba, sobre todo, de la protección de la institución familiar, la protección de la natalidad y la reglamentación contra el aborto. Los derechos de los niños quedaban dentro de la protección a la familia. En 1976, la Ley de Relaciones Laborales establece en dieciséis años la edad mínima de admisión al trabajo y en espectáculos públicos.

El Ministerio de Cultura organizó en 1979 el Año Internacional del Niño, que crea por Real Decreto una comisión interministerial para el estudio de los problemas del menor y la elaboración de las disposiciones que se crean convenientes.

EL PROYECTO DE LEY DE PROTECCION DE MENORES

Es un proyecto del Ministerio de Justicia que derogará los decretos de junio y julio de 1948, y otros posteriores que regulaban el Patronato de protección a la mujer, ya que, como hemos comentado, en épocas pasadas la legislación del niño estaba unida a la de la mujer. Este borrador de ley, de la que tanto se espera, comienza diciendo:

"Conforme a la Constitución, son fundamentalmente los padres los llamados a prestar asistencia a sus hijos, y a cuidar de su formación integral..., pero, cuando ese elemento natural y primario falta o resulta deficiente, han de asumir los poderes públicos la misión de los

padres para que no se malogre el futuro a que tiene derecho el menor".

El Ministerio de Justicia es el encargado de llevar a cabo esta protección a menores, y la protección jurídica se encomienda al "Juez de menores o de familia", que está integrado en el poder judicial, está debidamente especializado y, además, cuenta con un equipo técnico que le informará de los aspectos de la personalidad del menor y de los factores que hayan influido en su conducta.

Esta Ley también cambiará el sistema de financiación que pasa a los Presupuestos Generales del Estado a través de una Dirección General en el Ministerio de Justicia, que llevará a cabo la coordinación y programación de las actividades en relación con la protección y rehabilitación de menores.

Los Consejos provinciales, además de sus funciones de coordinación, asesoran al juez, prestándole su apoyo técnico y le proponen las medidas que regulan la indefensión, vulnerabilidad o conflicto que spongan las dificultades o riesgos que tiene la inadaptación social o familiar de los pequeños; también deben procurarles un protector, cuyas atribuciones estarían reguladas por el juez y fomentar la colocación familiar de los niños e incluso promover su adopción cuando sea conveniente. Al mismo tiempo, deberán realizar una labor de seguimiento y mantener contacto con los padres o guardadores, vigilando las medidas en curso y proponiendo al juez cambios si los creen necesarios, e inspeccionar las instituciones propias y ajenas dentro de su provincia corrigiendo las deficiencias.

"Cuando el bien del menor condujera a la separación de sus padres o guardadores, se consideraría en suspenso el derecho de éstos a su guarda y custodia y educación, asumiendo el juez las mismas facultades, que podría delegar, en todo o en parte, en la persona, familia o institución a la que le hubiera confiado y que informará periódicamente al juzgado". (Rev. "Menores" núm. 2).

Quizá lo que ha impedido que esta Ley estuviera ya en funcionamiento hace años haya sido la confusión de competencias entre organismos. También el Ministerio de Cultura, en 1978-1980, redactó un "Estatuto del Menor", que no pasó de la fase de redacción impresa.

Es perjudicial que estos problemas se hallen parcialmente abordados y dispersos por diferentes departamentos: Justicia, Cultura, Sanidad, Trabajo. La tarea de coordinación es la primera a realizar, así como una nueva ordenación

de la legislación que está desfasada, que sin duda influirá en el buen funcionamiento de las instituciones y en la creación de una excelente red de asistentes sociales, imprescindible para llevar a cabo una atención adecuada.

EL MENOR EN LA CONSTITUCION ESPAÑOLA

La Constitución Española considera a la persona en su integridad, y supera la antigua concepción más abstracta de persona para fijarse en peculiaridades o circunstancias, así la edad aparece valorada con vistas a la protección jurídica de la infancia, de la juventud o de la tercera edad.

La persona del menor aparece tutelada desde los siguientes puntos de vista:

- El menor en su condición de persona. Por lo tanto digno, igual y libre en su relación con los demás y con derecho a la seguridad y garantía en la administración de justicia. "Todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión...". También habla del derecho a la educación que se destina al pleno desarrollo de la personalidad humana, empezando por una enseñanza básica obligatoria y gratuita (art. 27), y, por último, la remisión a normas de rango internacional, como la Declaración de Derechos Humanos.

- El menor en su condición de miembro de una familia. Así está contemplado en el artículo 39, que encarga a los poderes públicos la obligación de establecer los medios necesarios para que la familia esté protegida social, económica y jurídicamente. El artículo 35 también se refiere a la familia e indirectamente al menor, proclamando su derecho a un trabajo suficientemente remunerado.

- El menor en su condición específica de menor. Lo más significativo es que la Constitución establece una pauta para el desarrollo normativo adecuado a esta situación en la que se encuentran los menores de dependencia y evolución continua. Indirectamente, lo protege de la libertad de expresión (art. 39.4), ya que el menor no ha consolidado su personalidad ni su escala de valores. Por otra parte, los hace beneficiarios de la tutela de la normativa internacional: Declaración de los Derechos del Niño, y hace a los niños acreedores de cuidados especiales. Tiene una función paralela a la Declaración Universal de los Dere-

NIÑOS BAJO LA PROTECCION DE LOS TRIBUNALES TUTELARES DE MENORES			
Años	1983	1982	1981
Sujetos a medidas duraderas:			
INTERNAMIENTO	5.385	5.332	5.022
VIGILANCIA PROTECTORA	3.629	2.716	4.607
COLOCADOS EN FAMILIA	5.704	4.322	2.173
	14.718	12.370	11.802
Con medidas no duraderas	1.364	1.805	1.410
TOTAL	16.082	14.175	13.212

chos Humanos, ya que como Declaración no se sujeta al régimen de aprobación de los acuerdos internacionales, y carece de fuerza vinculante.

El fundamento de la norma se encuentra, como vemos, en la protección del menor desde su condición de persona.

REFORMA DE LA LEGISLACION TUTELAR VIGENTE

Es necesaria y urgente una modificación de la legislación referente a menores. La Jurisdicción de Menores ha sido considerada de segundo grado y poco atendida. El problema se agudiza si hablamos de casos específicos, o problemas concretos, como malos tratos a niños, ya que la protección de los menores por los poderes públicos es de carácter secundario, puesto que corresponde a los padres en primer lugar.

En cuanto a la reforma a llevar a cabo en la legislación tutelar de menores, debería incidir en algunos puntos como:

— Los requisitos exigidos en el artículo 1 de la Ley de Tribunales Tutelares de Menores para ejercer esta jurisdicción, singular por su contenido, posibilitan un sistema paternalista e inadecuado.

— La posibilidad de que la jurisdicción sea ejercida por miembros de la carrera fiscal (último párrafo del art. 3 de la Ley de Tribunales Tutelares de Menores) es inadmisibles, ya que el ejercicio de la potestad jurisdiccional corresponde únicamente a los jueces y tribunales.

— La inexistencia de personal especializado y de centros adecuados invierte la finalidad de las medidas actuales que, en su aplicación, parecen no tener más finalidad que la privación de libertad. (Rev. "Menores", del Consejo Superior de Protección de Menores).

La Reforma debe ir dirigida hacia el respeto a los principios constitucionales de orden sustantivo, orgánico y procesal y a los propios principios del ciclo evolutivo de la persona. Estos principios actúan como pauta de conducta de cualquier actuación, y son el principio protector y el educativo.

Habrà que tener en cuenta dos puntos fundamentales: primero, los padres o personas determinadas por la ley son los principales encargados de los niños, y segundo, que la protección de los menores por los poderes públicos se realizará en dos vías: administrativa y jurisdiccional.

Administrativa:

Deberá ser descentralizada al objeto de conocer más de cerca la problemática.

— Coordinar los medios.

— Preparación técnica de las personas.

— Carácter preventivo.

— Intervención inmediata.

A nivel estatal se creará un Consejo Asesor dentro del Ministerio de Justicia, con funciones de coordinación, programación y fomento de las actividades de los órganos administrativos específicos; también realizarán planes de prevención y creación de instituciones.

Como según la Constitución en su artículo 147 la Asistencia Social es competencia de las Comunidades Autónomas, el Estado quedará obligado a garantizar la prestación de los servicios a la Comunidad que careciere de posibilidades para ello, al objeto de conseguir una igualdad para los menores dentro del territorio nacional.

Jurisdiccional:

Esta facultad se ejercerá por miembros de la carrera Judicial especializados, y será incompatible con cualquier otra jurisdicción. Serán los jueces de familia.

Los juzgados de familia serán de nueva planta y su plantilla será similar a los de Primera Instancia, completada con un pedagogo, un psicólogo, un sociólogo y un delegado.

Serán competentes en todos los asuntos referidos a la familia, es decir, con los hechos que cometidos por menores sean delito o falta en el Código Penal o las Leyes españolas, o los hechos realizados por sus padres o personas legalmente encargadas de su guarda y educación que sean lesivos para su persona o derechos.

LA ADOPCION

"La adopción es un acto jurídico que crea entre dos personas un vínculo de parentesco civil del que derivan relaciones análogas, aunque no idénticas, a las que resultan de la paternidad y filiación".

Esta es la definición legal de algo que en la realidad se presenta mucho más complejo, conflictivo y caótico, que esta simple fórmula casi matemática.

El Código Civil de 1889 se ocupó de la adopción, pero más en favor del adoptante que del adoptado, ya que le sometía a condiciones rigurosas y sus

efectos civiles se limitaban al nacimiento de una obligación recíproca de naturaleza alimentaria de carácter supletorio, y a las posibilidades de que el adoptado usara el apellido y adquiriera derechos sucesorios en la herencia del adoptante, si así se establecía en la escritura de adopción.

Este régimen se modificó en 1958, y, realmente, supuso un gran avance en relación a la condición jurídica del adoptado y su equiparación al hijo legítimo, equiparación que no llega a ser totalmente efectiva hasta la Reforma del Código Civil de 1970, que dice: "En todo lo no regulado de modo distinto por la Ley, al hijo adoptivo le corresponden los mismos derechos y obligaciones que al hijo legítimo".

Existen dos clases de adopción, la plena y la simple. Esta diferencia tiene importancia en un doble sentido: los apellidos y la sucesión.

Los requisitos de los adoptantes para una adopción plena serán fundamentalmente: estar en el ejercicio de todos sus derechos civiles, tener más de treinta años y tener trabajo fijo. Algunos de estos requisitos fueron modificados por la Ley 13 de mayo de 1981, que reformó el Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio. Las modificaciones más significativas fueron:

— Igualdad en cuanto a los efectos que surten conforme a las disposiciones del Código Civil de la filiación matrimonial, no matrimonial y adoptiva plena.

— Supresión del requisito de llevar casados más de cinco años, para los casos de adopción plena por matrimonio.

— En el caso de matrimonio separado, sólo se exige que la persona que vaya a adoptar esté separado legalmente (se suprime la consideración de cónyuge inocente).

— Se añade el estado civil de divorciado para poder adoptar.

— Reducción del plazo de seis meses a 30 días para apreciar el abandono del menor.

— La adopción causa parentesco no sólo entre el adoptante, adoptado y sus descendientes, sino también entre la familia del adoptante.

En cuanto a la modificación del plazo de abandono, dice textualmente: "...por el transcurso de treinta días continuos, después de su internamiento, sin que el padre, la madre, tutor u otros familiares del menor se interesen de modo efectivo..."

Este último párrafo será modificado, posiblemente, por la nueva norma-

tiva en proyecto, ya que es causa de numerosos contrasentidos, como es el que con una simple llamada telefónica pueda interrumpirse el plazo legal de un mes establecido para considerar al niño como abandonado y poder tener posibilidades de ser adoptado. La llamada telefónica no es un modo efectivo de interesarse, pero se considera válido, convirtiéndose en una situación de fraude legal por parte de los padres, que si por un lado no quieren a sus hijos, por otro evitan que puedan ser adoptados, e impiden a cientos de matrimonios que lo esperan ocuparse debidamente de ese niño. Igualmente se oponen a que su hijo pase a la situación de acogimiento familiar, y si el Tribunal así lo acuerda, tratan por todos los medios de enterarse de la identidad de los benefactores para hacerles objeto de chantajes económicos. También se aprovechan del derecho de visita que se les otorga para crear conflictos en los niños; incluso al llevarse a los niños los fines de semana los obligan a la mendicidad callejera, lo que una vez comprobado impone la prohibición de las salidas. Esto, afortunadamente, no se produce siempre, también es cierto que muchos padres sin posibilidades económicas dejan a sus hijos en centros y los recogen todos los fines de semana, utilizando el centro como un internado de emergencia.

Si las personas que desean adoptar niños tienen que recorrer un verdadero calvario para conseguirlo, no es menor el de los niños, que deben someterse a una realidad mucho más dramática que la que la Ley establece. La Ley dice que, "únicamente podrán ser adoptados de manera plena los menores de catorce años y los que, siendo mayores de tal edad, estuvieran viviendo antes de alcanzarla en el hogar y compañía de los adoptantes o de cualquiera de ellos..."

Sin embargo, en la realidad, según declaraciones de Elena Lobo, del Gabinete Social de la Ciudad Escolar de Madrid, los adoptantes suelen manifestar preferencias por recién nacidos, y a ser posible quieren niñas, aunque no se admite elección de sexo ni de edad. Se establecen unos topes: de recién nacidos hasta tres años, para padres con más de cuarenta, de tres a seis, para padres de hasta cuarenta y cinco... La pareja no ve al niño antes, excepto si tiene más de cuatro años. Los problemas comienzan para los niños a partir de siete años.

Si los niños son declarados abandonados, no es necesario el consentimiento de los padres o del tutor para ser adoptados.

En cuanto a la extinción de la adopción, es sumamente difícil, ya que tiene carácter irrevocable; no obstante, el Código Civil, art. 177, faculta para hacerlo en virtud de causas muy graves que en él se establecen.

GUARDA Y CUSTODIA

Es una segunda alternativa para los niños sin posibilidad de adopción. El pequeño conserva sus apellidos y la patria potestad la tienen sus padres naturales. Puede mantener visitas en el Tribunal con su familia biológica. Encontrar familias en régimen de guarda y custodia es muy difícil, ya que existe una gran probabilidad de que el niño les sea arrebatado por sus padres naturales.

Los niños abandonados de hecho, pero no legalmente, es difícil que vuelvan con su familia, ya que las circunstancias que obligan a la separación suelen agravarse con el tiempo.

Existen otras posibilidades, similares a estas, como la llamada *colaboración familiar*, en la que las familias que lo desean firman un acta en la que se comprometen a colaborar con el centro para posibilitar las visitas con las familias de los niños; y por último la desesperada solución del internado. Es la peor solución, no porque el centro carezca de medios adecuados, en muchos los niños están bien atendidos, sino porque ni el mejor internado puede sustituir a la familia.

ANTEPROYECTO DE LA LEY DE ADOPCION

Se rebaja la edad mínima de los adoptantes a 25 años; se prescinde del consentimiento de los padres naturales, cuando no puedan ser localizados o no comparezcan en un plazo determinado; se regulan las causas de suspensión de la patria potestad, entre las que estará el comportamiento que revele desinterés o indiferencia hacia el hijo cuando se prolongue más de un mes, y no desaparezca por la simple petición de noticias o visitas periódicas. El juez tendrá más facultades en la determinación del abandono, y de esta forma se agilizarán los procesos.

Como dice don Mariano Fernández Martín-Granizo, presidente de la Asociación Española para la Protección de la Adopción, en sus declaraciones a un diario madrileño: "la patria potestad ya no se entiende como un derecho indiscutible sobre el destino del niño. Esta ha evolucionado sensiblemente, y de ser un derecho absoluto ha pasado a ser una

función que implica no sólo derechos sino obligaciones, que al no cumplirse pueden y deben hacerla decaer en razón del derecho preferente del niño a un hogar que facilite su normal desarrollo".

EL PROCESO DEL NIÑO MALTRATADO

Para terminar, me gustaría resumir a grandes rasgos el proceso que sigue un niño maltratado:

— Denuncia de los hechos por parte de vecinos o familiares al Tribunal Tutelar de Menores.

— El juez pone en marcha el procedimiento judicial, con remisión de testimonios al ministerio fiscal, a efectos penales, si procede, y desde este momento se retira al menor de su familia o persona agresora.

— El niño es ingresado en el centro adecuado, que facilita el Consejo Superior de Menores, o bien se encomienda su custodia a los abuelos u otros parientes si pueden ofrecer al menor todo el afecto y atenciones adecuadas. En esta situación el niño espera hasta que los Tribunales dicten sentencia; si los malos tratos han sido probados, se puede interponer una querrela criminal en la jurisdicción correspondiente y privar a los padres de la patria potestad automáticamente. Si bien es verdad que en la práctica todo depende de la actitud del juez, en este sentido Rosa Montero describía en un artículo el proceso seguido en la violación de una menor por su padre, que pudo continuar forzando a su hija al estar en libertad bajo fianza del primer delito, y el injusto trato recibido por la muchacha por parte de los Tribunales.

BIBLIOGRAFIA Y DOCUMENTACION UTILIZADA

"Niños maltratados", de Ruth S. Kempe y C. Henry Kempe. Ediciones Morata. 1979.

"El niño maltratado", de Jaime Marcovich. Ediciones Meridiano. 1981. Cuadernos INAS, de Asistencia Social. Edita Instituto Nacional de Asistencia Social. 1981.

Revista "MENORES", del Consejo Superior de Menores, números 1 y 2. 1984.

Revista "Derechos Humanos", de la Asociación Pro Derechos Humanos de España. 1983.

"Revista Internacional del Niño", Edición española. INAS.

UN ACERCAMIENTO AL PROBLEMA DEL PARO JUVENIL

Introducción

El trabajo que a continuación se expone pretende ser un acercamiento al problema del paro juvenil, sin aspirar a ser un análisis profundo del tema.

El núcleo del trabajo está formado por la transcripción literal de una reunión que en su día se hizo con un grupo de jóvenes parados, complementado con algunos datos estadísticos referentes al paro juvenil. Estos comprenden distintos ámbitos geográficos, desde el superior del Estado español hasta el inferior, formado por los barrios donde viven los jóvenes entrevistados, pasando por la Comunidad Autónoma vasca, la provincia de Guipúzcoa y la ciudad de San Sebastián. Se han incluido también y a título comparativo, los datos referentes al barrio más céntrico de San Sebastián. Las cifras se han extraído del censo de 1981, que si bien no es demasiado actual, por lo menos facilita las comparaciones ya que es la única forma de recoger datos de los ámbitos inferiores (barrios).

Detrás de las cifras está el mundo de lo cotidiano, lleno de gentes con sus pequeños o grandes dramas, sus opiniones y sus sentimientos. Es ese mundo el que se ha querido reflejar en la segunda parte del artículo transcribiendo lo que dijeron un grupo de jóvenes parados residentes en barrios situados en uno de los extremos de San Sebastián (Alza, Larratxo, Herrera, Bidebieta, La Paz).

Puesto que no se ha pretendido tratar el problema del paro de forma sistemática, las intervenciones fueron totalmente libres y sólo al final se ha procurado estructurarlas mínimamente. Por otra parte, se ha querido reflejar fielmente la forma de expresarse de los jóvenes parados por lo que se piden disculpas por la brusquedad de algunas palabras.

Los componentes de la reunión no forman una muestra perfectamente representativa de los jóvenes en paro

(son jóvenes de 18 a 22 años, que han dejado pronto de estudiar y que nunca ha tenido ningún trabajo fijo aparte de alguna cosa esporádica). Tampoco representan situaciones extremas y no tienen graves problemas económicos ni de otra índole (drogas, delincuencia). A pesar de todo, dado el hecho de que están desempleados, y dado que viven en un entorno urbano y social al que están abiertos y que les afecta, pueden ser interlocutores válidos para hablar tanto de problemas, como de los de aquellos que están en parecida situación.

En un estudio realizado por el grupo SIADECO, se caracterizaron de la siguiente forma los barrios a los que nos referimos:

- Situada en una zona periférica de la ciudad.
- Muy mal comunicada a causa de la intensidad de tráfico y peligrosidad de sus accesos que los hacen muy problemáticos.
- Que ha crecido muy rápida y anárquicamente.
- Con una urbanización muy deficiente y mezcla de construcción de todo tipo.
- Con unas densidades (producto de sus coeficientes de edificabilidad) de población no conocidas hasta hoy.
- Con una superpoblación y concentración de la población.
- Sin cohesión geográfica.
- Sin un equipamiento de servicios mínimos para su bienestar social y cohesión humana.
- Con un total de población mayor que 79 de los 81 municipios guipuzcoanos existentes en la provincia (censo 1975).
- Con una estructura demográfica joven y rica que requieren de unos puestos de trabajo y servicios adecuados para su desarrollo y no degradación progresivas.
- Que ha recibido una fortísima inmigración.

MIKEL ESNAL

- Con un conjunto de población de muy bajo nivel cultural (nivel de instrucción y enseñanza).
- Y muy bajo, finalmente, nivel económico, consecuencia de los estratos sociales más pobres que se han visto obligados a acceder a las viviendas más económicas construidas en esta zona.

Algunas ideas para la interpretación

La importancia del paro juvenil es alarmante. En general, ronda la mitad de los jóvenes activos, y se dispara en el grupo de edad más joven donde sobre todo se nutre de gente que no ha trabajado nunca.

A título comparativo, las cifras de paro juvenil disminuyen en barrios céntricos y, en este mismo barrio, varía también la estructura de los jóvenes parados ya que aumentan los jóvenes que nunca han trabajado. Este hecho tiene relación con la abundancia de titulados superiores en paro, más característico de barrios con niveles socioeconómicos elevados.

Es de interés observar los diferentes porcentajes de población activa juvenil derivados de la diferente importancia de la población estudiantil en relación con las características socioeconómicas de las distintas zonas (es significativa la diferencia entre los barrios y el centro). Para analizar la verdadera incidencia del paro entre los jóvenes es necesario tener en cuenta a esta población estudiantil no activa. En este sentido la tabla 5 puede servir de ilustración.

La tasa general de paro es mayor en los barrios periféricos.

En estos barrios periféricos habitan el 20,4 por ciento de los jóvenes de San Sebastián y suponen el 31 por ciento

* Mikel Esnal es experto en temas de juventud

to de la población activa joven y el 30,1 por ciento de los parados de la ciudad.

El número de jóvenes entre los parados es mayor en los barrios periféricos que en el centro, aunque en el resto de los ámbitos geográficos los datos tampoco son muy esperanzadores en este sentido.

Hay que tener siempre presente que los datos se refieren a 1981. De todas formas, dada la evolución de la economía española, tenemos que pensar que en términos cuantitativos la situación ha empeorado; cualitativamente podemos suponer que el paro incidirá de la misma forma que en 1981, es decir, afectando sobre todo a los barrios periféricos y a la población joven.

LOS PARADOS

Las presentaciones

Me llamo **Andrés**, tengo 21 años, tengo diploma de graduado escolar. Nací en San Sebastián y mis padres en Jaén (en un pueblo pequeño). De momento no hago ningún trabajo. En casa somos cinco y la situación no es muy buena que se diga, sólo está trabajando mi padre y no tiene el sueldo muy elevado. Aunque de momento tiene contrato fijo en un almacén de vinos, no está muy seguro. Mis padres están preocupados por el tema pero si se puede comer una chuleta pues se come, no andamos muy así tampoco.

Me llamo **Javi**, tengo 19 años, de profesión electrónico, he estado estudiando hasta maestría. He nacido aquí, en San Sebastián, y mis padres también. Los trabajos que he realizado hasta ahora han sido unas encuestas para el Gobierno vasco y te daban 400 "pelas" por encuesta. En casa somos cinco y la situación está bien, mi padre tiene "currelo" fijo y no creo que por ahora mi situación afecte a la familia, luego a largo plazo igual sí, sin ganar "pasta" y eso, pues...

Me llamo **Marian**, tengo 20 años, he hecho hasta 2.º de administrativo. He nacido aquí y mis padres también. Somos cuatro, mi padre "currela" y mi madre también y mi hermano y yo hacemos algo para salir del paso.

Me llamo **Rocío**, tengo 18 años, he estudiado hasta 2.º de FP, primer grado, he nacido aquí y mis padres también. Vivo ahora con mis hermanas, una de ellas tiene trabajo fijo y la otra no. En casa somos tres y no anda-

mos mal pero tampoco bien, saliendo del paso.

Me llamo **Luis**, tengo 22 años, tengo los estudios de técnico auxiliar de delineación. En estos momentos no estoy en paro, estoy de albañil, llevo mes y medio y supongo que otro mes ya estaré. Antes que esto he estado descargando y no me ha ido tan mal la cosa esa del paro.

Una situación económica

Andrés: La falta de independencia económica te quita mucho; no andas bien de dinero y no puedes comprar las cosas que te gustaría.

Javi: Jode, igual quieres salir y venga ¡dáme pasta!, y que si la paga y demás, no puedes hacer lo que quieras, tienes que depender de los padres, si quieres ir de vacaciones por ahí no puedes.

Marian: La falta de dinero te priva de muchas cosas.

Luis: Ahora ando bien de pelas dentro de lo que cabe. Doy algo en casa. De todas formas sé que si no tienes "currelo" es una leche tener que andar dependiendo de tus padres para poder ir a hacer cualquier chorrada.

¿Cómo se ve el asunto?

Luis: Cuanto más tiempo estás sin hacer nada, menos te importa el que estés en paro (1), llega un momento en que te acostumbras a una monotonía tal que, bueno, te levantas a tal hora, haces lo que sea y siempre lo mismo. Cuando te pones a pensar lo que va a ser de ahí en adelante, y como nunca te ha faltado un duro, no lo ves tan negro, te acostumbras a una monotonía tal que pues ¡vale!, a pasar, y si tienes suerte y encuentras "currelo" pues bien... quiero decir que dé mientras siempre tienes un respaldo. De todas formas tiene que ir cambiando la vida, antes eran tus padres los que te daban de comer... pero aquí no veo la solución.

Javi: Lo vemos negro, muy negro; bueno, yo por ahora no me he puesto a pensar qué será más adelante, yo por ahora espero que me llamen a "currelar" y luego a la mili, y después de la mili ya será otro cantar; jode, es que si te poner a pensar ahora te amargas la vida

Andrés: Yo no me he puesto a pensarlo, pero es evidente que aquí algo habría que hacer para intentar resolver la situación en la que estamos todos. De todas formas piensas mil cosas pero luego no eres capaz de exteriorizar esas

ideas... y aparte de no poder no te harían ningún caso.

Javi: ¡Es imposible, joder! Ahora, como está la cosa, tendría que ser un cambio total.

Marian: Todavía no nos ha faltado, pero me doy cuenta que a mí me va a llegar a faltar, porque si no encuentro un "currelo", mis padres no son para toda la vida y va a llegar un momento en que no me van a poder mantener y a ver qué va a ser de mí y de todos los demás.

Javi: Es que ahora no te planteas seriamente mientras tengas de comer y pasta para salir..., tampoco ¡viva la Virgen!, pero...

Los movimientos de parados

Luis: Yo, particularmente, no me he metido nunca en esas asambleas de parados, precisamente porque no lo necesitaba, no me he encontrado en una situación tan jodida. Estoy totalmente de acuerdo con toda la lucha que llevan porque hay gente que sí necesita de una lucha más dura. Quiero recalcar que aunque yo he estado en el paro, no he vivido la dureza y la crueldad del paro.

¿Se aceptaría cualquier trabajo?

Javi: Yo no cogería cualquier trabajo, ahora por lo menos, luego más adelante igual necesitas más y entonces sí, pero ahora no.

Marian: Yo de hecho estoy cuidando un crío, porque me daba vergüenza pedir dinero en casa y veo que mis padres no me van a pagar todos los vicios..., que a ellos también les cuesta mucho darme.

Rocío: Yo dentro de lo malo, aunque me pagaran mal pues mira...

Javi: Hombre, yo tampoco me refiero a negarme a todo, tendrá que ver también lo que aspiras y lo que quieres.

Marian: Por mucho que aspire, si no tienes...

Javi: Hombre, si lo necesitas pues sí, pero yo ahora como no necesito tanto pues..., yo no lo cogería.

Rocío: Yo ahora no necesito, pero es que estoy en casa con mis hermanas manteniéndome a mí, entonces si tú puedes dar algo aunque sea una porquería pues mira... ponés algo.

Andrés: Yo si cogería.

(1) Hay que decir que si bien Luis ahora está trabajando, se remite a las largas temporadas en las que estuvo en paro.

¿Cómo se valora el trabajo?

Rocío: Yo, si algún día trabajo, no es por diversión, es por dinero, no por matar el tiempo, yo creo que todo el mundo trabaja por dinero.

Luis: Para mí el tío que "currela" es para sacarse el duro y nada más, ahora si a la vez que se saca el duro puedes dedicarte a lo que te gusta y a la vez mejorar los conocimientos "currelando" pues mejor que mejor, pero a mí el tío que diga que "currela" porque le gusta... es como bastante utópico.

Ocupación del tiempo

Rocío: Yo ahora no hago nada pero no me aburro, me levanto, recojo, hago la comida, a la tarde voy a euskera (a aprender), luego doy una vuelta y ya está, o sea, que no me aburro.

Javi: Yo por las mañanas suelo leer o empollar algo. A las tardes, después de comer, vamos a la cafetería y estamos toda la tarde... y necesitas pelas, ahora por ejemplo no estás haciendo nada, imagínate que está lloviendo y te quieres meter en algún sitio, tienes que llevar algo de pasta para tomar algo, pues muchas veces ni eso.

Andrés: Yo, en mi tiempo libre, oigo música, leo bastante, toco la guitarra. Los domingos solemos ir al monte.

Luis: A nivel de toda la zona esta, hay un porcentaje de juventud bastante grande que no hace nada, porque ha dejado de estudiar, porque no tiene trabajo, por lo que sea. Entonces para mí, uno de los problemas más importantes que hay aquí es que no hay donde meter a esa gente, aunque sea para jugar al mus. Para mí lo interesante sería el hacer casas donde se pudiera meter a esa gente, entre ellos yo, para cosas culturales o cosas que te llevarán un tiempo, en vez de estar en la puñetera calle. Hay mucha gente que no les gustarían esas cosas, pero hay mucha gente que sí quisiera organizar cosas y no puede. En toda esta zona no hay sitios de esos.

Iniciativas que pudieron haber sido

Javi: Ya, pero fíjate en Itzala (2). Antes teníamos Itzala y no se hacía nada. Es que cuanto tienes las cosas... nosotros cuando estábamos en Itzala venga ¡viva la virgen!, a jugar a cartas y tal. Ahora nos han quitado Itzala y ahora te das cuenta que si tendríamos Itzala...

Luis: De todas formas en Itzala no se ha dejado entrar a todo el que ha querido, los curas quieras que no han tenido mucha mano ahí. Entre nosotros mismos la cosa no está clara, podría haber sido una cosa bonita para la juventud y no se ha hecho por nosotros mismos.

Marian: Y porque no había dinero para poder hacer algo fundamental. Poniendo 50 pesetas a la semana o al mes no llegas a hacer nada.

Luis: Pero por lo menos tenías un local donde meterte y si no teníamos dinero, tampoco se buscaba mucho.

Marian: Pero es que si tú te vas a poner a hacer por ejemplo fotografía, o te vas a poner hacer otra cosa, necesitas un dinero, luego está la luz y un montón de cosas, y nosotros ¿qué cuota podríamos pagar?

Luis: Lo que está claro es que necesitas una subvención, cosa que no existe, hoy no subvenciona ni Cristo a nadie, y a la juventud menos. Es triste que haya un local y que se haya perdido totalmente. Hay gente que lo achaca a los curas. Yo lo achaco a los curas y a nosotros mismos.

Javi: Es que no iba a estar ese local sin hacer nada, nosotros estábamos ahí todo el día y no hacíamos nada.

Luis: Por otra parte era un local para gente entre 14 y 18 años. Llegas a los 18 años y tú mismo cambias de ambiente y en vez de estar ahí pues sales a echar potes (3) y cambian todos tus sistemas quieras que no y te olvidas del local, y ahora te das cuentas que un local puede ser majo a nivel de que ¿no haces nada? pues te metes en el local y hacer cien mil cosas.

Andrés: En mi barrio hubo un grupo de tiempo libre que se disolvió porque los mismos vecinos del barrio decían que los que lo dirigían eran alcohólicos, drogadictos..., y era gente de 15 a 20 años con los que yo trato mucho y de alcohólicos y de drogadictos nada. Incluso hemos ido de acampada y han hablado de casa de putas y cosas así.

Las drogas

Andrés: Veo que mucha gente se refugia en la droga y mi barrio (4) es uno de los más polémicos, y también en la delincuencia; bueno, no es que se refugien en la delincuencia, pero tampoco te voy a decir que se van a buscar trabajo por ejemplo al puerto, que va mucha gente. Pasan mucho de eso.

Javi: Por ejemplo en La Paz, yo conozco a gente que coge, baja, se mete al "Aloa"... todos allí fumándose sus

canutos, otros se pinchan y tú allí no vas a estar mirando, ¿no?... te pasan el canuto, empiezas a fumar..., luego te vas metiendo en el rollo y luego necesitas pelas y bajas al "Moro" a por costo y tal... y ya te vas metiendo más y más y... muy mal.

Luis: Yo estoy de acuerdo. De todas formas para mí hay un punto importante: la cosa está muy mal, ¿no?, pero creo que lo ideal sería el moverse, el moverse a nivel de "currelo". Es que hay mucha gente que viviendo como vive, vive de puta madre, o sea, sin hacer nada, y creo que más de uno está así porque quiere, lo de "currelar" no le inquieta. Y si luego se dedican a fumar porros, o a echar tintos que es lo mismo, si no tienen un duro pues tienen que sacar duros de donde sea y la delincuencia proviene sencillamente de ahí. No tienes un duro, tampoco quieres "currelar" para sacar ese duro, entonces lo sacas de una manera más fácil.

¿Por qué la droga?

Luis: Pienso que el problema más importante es el carácter de cada uno, o las ganas que tenga cada uno de hacer algo. Si no tienes nada pues te buscas la vida para no quedarte quieto y la gente no hace nada por moverse, o sea, que le importa todo tres pimientos y no por lo que pueda suceder a su alrededor, sino sobre todo por el carácter de cada uno.

Javi: La gente no se mueve y no te vas a mover tú sólo. Yo no tengo la suficiente fuerza de voluntad como para coger e ir luchando. Aparte de la esperanza que puedas tener, te encuentras con un tropiezo y ya nada... pasas total.

¿Y se lucha contra la droga?

Andrés: Yo veo en mi barrio, como ha dicho Javi, en el "Aloa", que te la pasan delante de quien sea, si quieres un talego, si quieres un gramo de heroína o lo que sea, no se preocupan de irse a un sitio y hacerlo a escondidas.

Luis: En la zona ésta no existe una lucha contra la droga, eso está clarísimo, incluso tampoco a nivel de nosotros mismos. Yo, por ejemplo, paso de la droga, pero paso hasta de luchar contra ella, aunque veas que es perjudicial; con

(2) Centro juvenil que funcionó en Herrera, barrio de San Sebastián.
(3) Vinos.
(4) La Paz, barrio de San Sebastián.

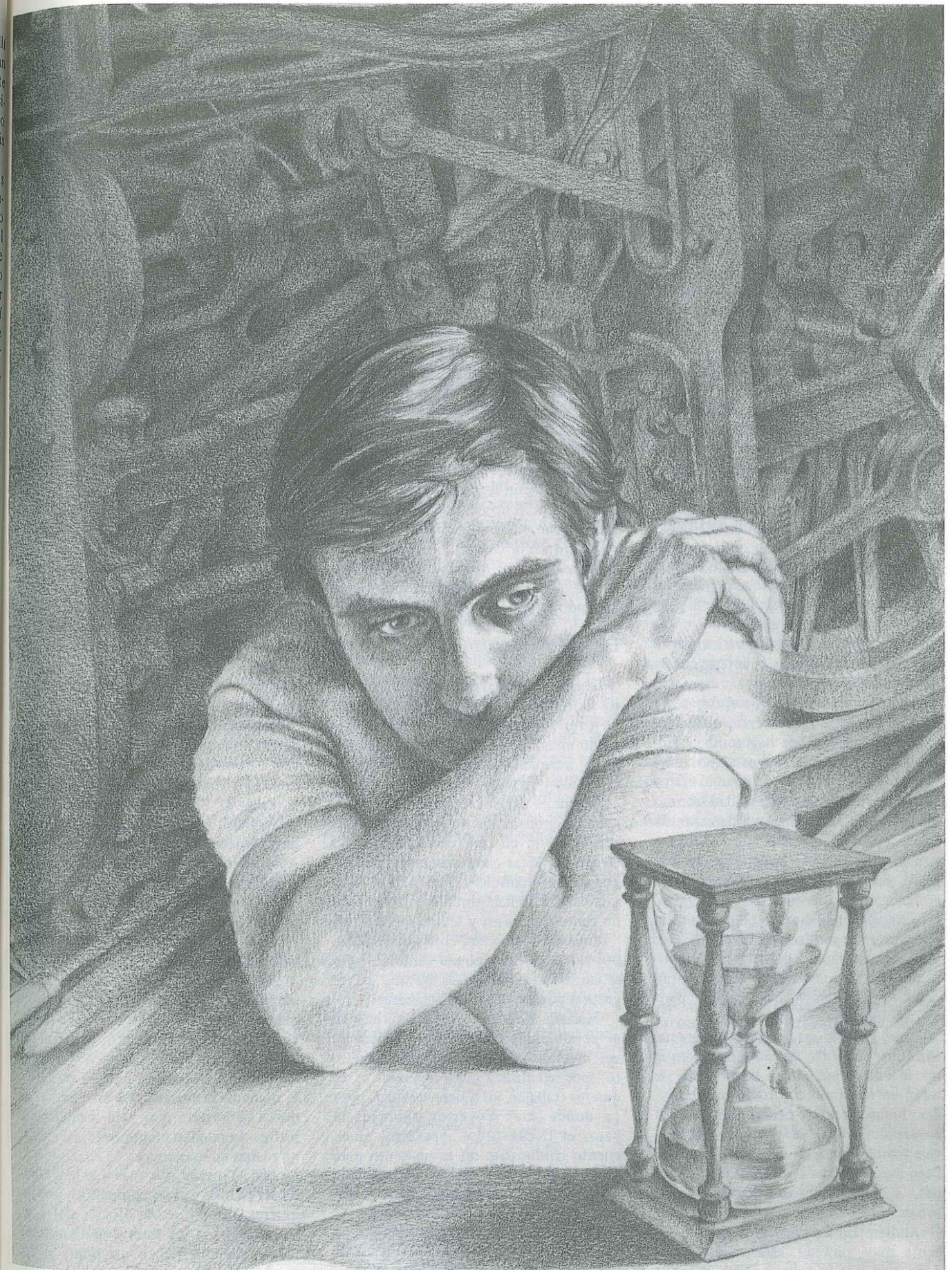


Ilustración de Francisco Solé

ésto no quiero decir que el porro sea una cabronada, a mí me parece que cada uno tiene que hacer lo que quiera. Pero vamos, no hay una lucha concreta contra ello.

Javi: Jode, es que si no te toca de muy cerca, que tengas un hermano que se drogue o lo que sea, pasas olímpicamente. Porque yo poca gente conozco que ande luchando por la droga que no tenga algún familiar o algún amigo que esté metido en la droga.

Luis: Es un problema. Personalmente pienso que hace daño y es una putada de la juventud, pero no hacemos nada en contra de ello.

Y la delincuencia, o la violencia

Luis: Con respecto a la delincuencia en sí, siempre ha existido una delincuencia, pero aquí el grado a que ha llegado puede ser debido a mil cosas. Yo pienso que la palabra correcta sería violencia; para mí la juventud está más violenta que nunca. ¿A qué es debido?, no sé... Lo típico es decir que como no tenemos ni ostras pues que es una manera de desahogarte. Lo de que la juventud está sin nada... sí, está sin nada pero antes también había gente sin nada y no eran así... ¿la sociedad está violenta y la juventud como parte integrante de ella está violenta?

Javi: El delincuente que se droga, no es que quiera ir a hacer mal a alguien, no es él... pero es que hay gente violenta, pero de verdad..., le pega a uno, te he pegado y te jodes.

Luis: Para mí la agresividad es uno de los problemas más fundamentales. Puede estar relacionado con la droga o con lo que quieras, ¡vale! Pero lo más grave para mí es que la juventud está violenta, bueno, la sociedad está violenta... ahora, en cabeza está la juventud porque es la parte más movida. Y esta violencia ha venido de hace poco aquí.

Javi: Algunos jóvenes se enfrentan porque ellos creen que deben, pero hay algunos que son unos notas.

Luis: Para lo que hay en esta zona, son una cuadrilla de cabrones porque no se enfrentan contra la sociedad, se están enfrentando con todo lo que sale. De todas formas otros que van en contra de la sociedad porque está mal, vale, aunque no te den una solución. Pero a estos otros les importa tres cojones, y hacen lo que hacen porque son así.

Andrés: En La Paz hay macarras... es gente muy violenta, están todos parados... van por la calle, ven un autobús

con un cristal de dos metros... una piedra y adiós cristal. Y no lo hacen porque lo tienen que hacer (para comer o lo que sea), lo hacen por divertirse. Hace tres días a un hombre que tiene una tienda le rompieron siete lunas, así, por la cara.

Marian: Yo creo que esta gente lo que quiere es llamar la atención. Hacen una serie de cosas que es como para hacerse dueños de algo que no tienen. Quieren causar no miedo, sino un respeto... te impone pasar ante ellos. Serán violentos pero es que quieren, no meter miedo, sino decir ¡yo estoy aquí! y tened cuidado conmigo. Te fastidian las fiestas, entran a los bares y se van sin pagar y como digas algo te sacan la navaja y demás. Ahora no puedes andar por la calle con la misma libertad que antes. Se quieren imponer a los demás.

Andrés: Cuando no están en grupo, individualmente, son gente que te saluda por la calle con respeto, el problema es cuando van todos en cuadrilla... "que vamos ocho y a ver si te metes".

Rocío: Yo creo que es una moda (punkies), o sea, que dentro de un año se va a pasar. Y luego saldrán igual andando en robot y todos irán así.

El paro ¿tiene algo que ver?

Marian: Yo creo que si a esta gente se les da un "currelo", creo que pensarían de otra forma, si hacen eso es porque como ellos no lo tienen, aunque tampoco lo busquen, se sublevan de otra forma. Creo que si les dan un trabajo y una cosa que a ellos les guste tienen que cambiar, porque los punkies o macarras son gente joven que más o menos no tienen las ideas claras, están así porque no tienen "currelo"... se han metido a la calle y se han juntado con una serie de gente que es así y se han metido ahí.

Luis: Si le das una cosa que le guste, por supuesto que puede cambiar, pero si no buscas trabajo es porque no te gusta o porque no lo ves necesario.

Marian: Pero por ejemplo tú lees en el periódico: paros, cierres... es que te ves indefenso... tu ¿a dónde vas a ir?... tú, por ejemplo, ¿a dónde vas?...; tú quieres trabajar, yo quiero trabajar, pero ¿a dónde voy? Yo estoy apuntada al paro, el INEM o ése... para mí es un cuento chino, para mí es un censo para saber la gente que está en paro y nada más... y para un "currelo" igual te llaman a quinientas o mil personas... es que yo me veo indefensa ante eso.

Luis: Bueno, pero por lo menos lo intentas, ¿no?

Marina: Pero ¿a dónde voy?... yo todavía no he encontrado un "currelo", me he movido, pero no puedo ir de puerta en puerta a las fábricas y decir ¿me coges?

Luis: Pero yo antes de ser como éstos, violento, pues no sé, de vez en cuando tienes oposiciones por ahí, pues te presentas, aunque sepas que igual no vas a hacer nada, puedes tener la "follá" de entrar en algún sitio. Para mí esa gente es de por sí violenta, no es porque estén sin "currelo".

Marian: Porque les gusta.

Luis: O puede ser una moda, no sé, la ley del más fuerte es una moda, y también la manera de ser de ellos.

Javi: Para mí también es una moda... La otra vez en Rentería una "mani" de los punkies: "más robos y menos policía" ¿qué vas a pensar de esos tíos? ¿que quieren currelar?

Luis: Es que nos están dando de hostias. No van a manganar al que más tiene, están mangando a un tío que es como él.

Marian: Yo creo que si estos chavales que dejan de estudiar tendrían algo que hacer, creo que no acabarían ahí... Si acaban ahí es porque no tienen otra cosa que hacer y se han juntado con una serie de gente y se han metido ahí.

Luis: Pero esa situación la hemos pasado todos y a mí no me ha dado por ir a darme de hostias por ahí.

Marian: La gente más joven que viene detrás nuestro, de 15-16 años, algunos van a dejar de estudiar y no van a tener un sitio a dónde ir. Se irán a la calle y en la calle se forman estos grupos. Será una moda, sí, pero una moda a muy largo plazo, no de un año o dos años. A tí en casa te han podido mantener, como a mí..., dentro de dos o tres años cuando salga esta gente nueva igual en casa están peor.

Luis: Pero esa gente va a buscarse la vida a lo más cómodo, a lo fácil.

Marian: Pero es que esa gente no piensa en un futuro. Tú igual ahora piensas en el momento y en el futuro y esa gente vive el momento, la forma de pasar el día de hoy... si yo hoy robo y me compro lo que sea, pues lo vivo hoy. Y mañana lo mismo. Tú en cambio te pones a pensar qué será cuando tus padres no puedan mantenerte. Esa gente no piensa en esas cosas.

Javi: Yo creo que más que la manera de ser te influyen las compañías, porque quieras que no, ahora al salir del cole, los chavales a los quince años normalmente siempre tienen un líder, el tío más fuerte, etc. Y si ése va de punkie

pues yo también, y hacemos una cuadrilla, nos ponemos chapas y tal.

El ir presentándose a los trabajos una y otra vez

Javi: Jode, si eres un tío que los tienes bien puestos pues dices "no me han cogido aquí, pues voy a otro sitio". Pero si no tienes mucha fuerza de voluntad pues "sin no me han cogido aquí no me van a coger en otro sitio ¿no?", pues no te presentas y ya está.

Marian: Además para presentarte a todos los sitios necesitas dinero, porque para todas las oposiciones y todo tienes que pagar tu dinero, y si estás en paro no tienes un duro. Te lo pueden dar en casa, pero veo que en estas cosas no habría que hacerlas así. Yo tengo que sacar el título de euskera (5) y por eso tengo que pagar 1.800 pesetas y me darán un título, no un trabajo. No puedes pagar 1.800 pesetas ó 2.000 pesetas a cada puerta que vas. Es que ellos mismos te cierran la puerta ya desde fuera, sin poder enfrentarte a ello.

Andrés: Yo estuve ahí en el Ayuntamiento donde hicimos una solicitud para un asunto en el que iban a coger 150 ó 200 personas para pintar barandillas y me dijeron que era joven y que tenía que tener 24 años, casado y familia. De tabacalera esta semana me ha llegado una carta diciéndome que no. Estoy esperando de "La Perla" (6) tres años que llamen por teléfono. En Fuenterrabía y tras una semana de prueba, estoy esperando que me llamen. Te dan con la puerta en las narices en todas partes. Hay además otro hecho que a mí ya me ha ocurrido, me presenté a un trabajo y me preguntaron dónde vivía, les dije que en La Paz y ¡venga!, coge la puerta, no les gusta el barrio donde vives.

Luis: La verdad es que te desanima mucho. Yo por ejemplo me habré presentado a 20 ó 30, o no sé cuántos, desde los 19 años llevo presentándome a sitios. Este año, en concreto, me he presentado a cinco o seis exámenes. Y particularmente pienso que no haces

mal los exámenes y te van mandando a tomar por saco... sí, desde luego te desanimas.

Marian: Aparte de que se ríen de la gente, para entrar en un "currelo" en el puerto, de barrendero, para limpiar oficinas, que te hagan subir un saco de 60 kg. por unas escaleras... y ¿tú te vas a enfrentar a éso? A mí me da miedo desde antes.

Rocío: Lo de las oposiciones es una tontería, mi hermana vio que en una prueba de mecanografía, una que tenía la mano escayolada pasó al otro examen. Antes de ir ya se sabe quién va a aprobar y quién no. Una persona con la mano escayolada no puede escribir.

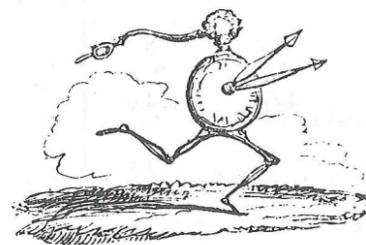
Javi: Luego, además, vas a una oposición y ves a ingenieros, abogados y piensas: yo ¿qué hago aquí?

Unos problemas concretos

Marian: Está lo de los autobuses, la gente jubilada bien, les vendrá fenomenal que no tengan que pagar, pero la gente que está en paro no tiene un duro y no hay nada para ellos. Yo, por ejemplo, si tento que ir a San Sebastián, como estoy en paro me tengo que quedar en casa. A los jubilados que ya han vivido y tienen un retiro mayor o menor, les dan más facilidades que a nosotros que todavía estamos por vivir. Ellos tienen derecho a ir hasta Francia (7) si quieren, a dar un paseo y yo no tengo derecho porque no tengo un duro. Me parece fenomenal que les den eso, pero también se podría hacer mitad y mitad. Para la gente del paro no hay soluciones, yo lo veo todo muy negro, no nos apoyan en nada, para todo necesitas dinero y no nos dan.

Luis: Yo no quitaría a uno para satisfacer a otro, yo no diría mitad y mitad, sino igual.

Marian: Los jubilados tienen hasta peluquerías gratis. Lo que yo quiero recalcar es que para gente joven hay muy pocas salidas. Sí, que la juventud está en paro, pero no ponen nada por solucionarlo. Me parece fenomenal que no tengan que pagar todas esas cosas,



pero yo creo que también tendrían que tener consideración con la gente que está en paro; ¿de dónde sacas el dinero para ir a cualquier sitio? Y claro, como lo primero que te dicen es que no hay dinero, pues entonces si no hay dinero pues mitad y mitad, eso como última solución.

Rocío: Eso es mirarlo muy desde dentro. Por ejemplo el Topo: los jubilados no pagan, la gente que está en paro tampoco, entonces el Topo estaría lleno de gente jubilada y de gente en paro, y luego el Topo ¿qué?

Marian: Pero eso está a cargo del Gobierno vasco; pero si tú no tienes dinero ¿cómo vas a pagar? El jubilado siempre tiene algo, y siempre tendrá sus ahorros de años atrás... y ¿quién está pagando y la subvención de los jubilados? Los que andamos, lo pagas tú y lo pago yo, que seguro que mañana te suben otra vez el autobús. Desde luego lo estamos pagando los usuarios.

Y la lucha, la esperanza

Luis: Estamos llorando por una serie de cosas y yo mismo que estoy llorando, pues no hago nada. Pasamos mucho de ir a reuniones de ir a luchar. Se podrían hacer muchas cosas en teoría, aunque la verdad aunque las pudiéramos hacer no las haríamos, simplemente por comodidad o porque te has acostumbrado ya a una rutina, te vas a echar potes...

Javi: Es que te crea una especie de vagancia, hasta de vagancia mental, ni piensas ni hostias.

Andrés: La esperanza se te quita a base de negativas.

(5) En Euskadi el conocimiento del euskera se exige en muchos puestos y en otros aumenta las posibilidades de acceso.

(6) Una sala de fiestas de San Sebastián.

(7) Los jubilados no pagan la línea de autobuses urbanos (y algunos interurbanos, ni tampoco la línea de ferrocarriles San Sebastián-Hendaya (el Topo). Esta última depende del Gobierno vasco.

LAS ESTADISTICAS DEL PARO JUVENIL

Tabla 1. Población activa joven

	Total población	Población activa	
		Total	%
Estado			
16-19(1)	2.609.203	1.178.907	45,2
20-24	2.937.535	1.747.833	59,6
Total	5.546.535	2.928.740	52,8
C.A.V.			
15-19	189.905	44.855	23,6
20-24	177.689	105.610	59,4
Total	367.594	150.465	40,9
Guipúzcoa			
15-19	62.099	15.888	25,6
20-24	57.497	35.959	62,5
Total	119.596	51.847	43,4
S. Sebastián			
15-19	15.037	2.892	19,2
20-24	13.939	8.052	57,7
Total	28.976	10.944	37,7
Barrios			
15-19	3.158	1.095	34,6
20-24	2.769	1.900	68,6
Total	5.927	2.995	50,5
Centro			
15-19	1.316	157	11,9
20-24	1.250	551	44,1
Total	2.566	708	27,6

(1) En la explotación de los resultados del censo en el Estado, los pertenecientes a estas edades se han agrupado empezando desde los 16 años, mientras que en el resto de los ámbitos se empezaba desde los 15 años.

Tabla 2. Situación ocupacional de la población activa joven

	Ocupados		Parados				Total	
	Total	% (1)	Han trabajado		No han trabajado		Total	%
			Total	%	Total	%		
Estado								
16-19	606.063	51,4	133.133	11,3	439.711	37,3	572.844	48
20-24	1.223.037	69,9	280.256	16,0	246.540	14,1	526.796	30
Total	1.829.100	62,4	413.389	14,1	686.251	23,4	1.099.640	37
C.A.V.								
15-19	14.318	31,9	2.645	5,9	27.892	62,2	30.537	68
20-24	66.076	62,6	14.984	14,2	24.550	23,2	39.534	37
Total	80.394	53,4	17.629	11,7	52.442	34,9	70.071	46
Guipúzcoa								
15-19	4.392	27,6	546	3,4	10.942	68,9	11.496	78
20-24	22.880	63,6	3.992	11,1	9.087	25,3	13.079	36
Total	27.272	52,6	4.546	8,8	20.029	38,6	24.575	47
S. Sebastián								
15-19	893	30,9	157	5,4	1.842	63,7	1.999	69
20-24	4.753	59,1	1.141	14,2	2.158	26,8	3.299	41
Total	5.646	51,6	1.298	11,9	4.000	36,6	5.298	48
Barrios								
15-19	242	22,1	73	6,7	780	71,2	853	77
20-24	1.160	61,1	374	19,7	366	19,3	740	39
Total	1.402	46,8	447	14,9	1.146	38,3	1.593	53
Centro								
15-19	83	52,9	4	2,5	70	44,6	74	47
20-24	303	56,0	53	9,6	195	35,4	248	45
Total	386	54,5	57	8,1	265	37,4	322	45

Tabla 3. Tasas de paro en cada uno de los ámbitos geográficos (con respecto al total de la población activa, 1981)

	Total	%
Estado	2.066.866	16,2
C.A.V.	122.804	16,1
Guipúzcoa	40.444	15,8
S. Sebastián	10.750	16,9
Barrios	2.842	22,1
Centro	866	15,1

Tabla 4. Jóvenes entre los parados (%)

Estado	53,2
C.A.V.	57,1
Guipúzcoa	60,8
S. Sebastián	49,3
Barrios	56,1
Centro	37,2

Nota: Las tablas estadísticas han sido construidas por el autor de este trabajo en base datos extraídos de explotaciones de datos censales realizados por el Centro de Cálculo de la Excm. Diputación de Guipúzcoa, la Dirección de Estadística del Gobierno vasco y el Ayuntamiento de San Sebastián.

Tabla 5. Porcentaje sobre el total de la población joven (1)

	Ocupados	Parados		Total
		Han trabajado	No han trabajado	
Estado				
16-19	23,2	5,1	16,9	22
20-24	41,6	9,5	8,4	18
Total	32,0	7,5	12,3	19
C.A.V.				
15-19	7,5	1,4	14,7	16
20-24	37,2	8,4	13,8	22
Total	21,9	4,8	14,3	19
Guipúzcoa				
15-19	7,1	0,9	17,6	18
20-24	39,8	6,9	15,8	22
Total	22,8	3,8	16,8	20
S. Sebastián				
15-19	5,9	1,0	12,3	13
20-24	34,1	8,2	15,5	23
Total	19,5	4,5	13,8	18
Barrios				
15-19	7,7	2,3	24,7	27
20-24	41,9	13,5	13,2	26
Total	23,7	7,5	19,3	26
Centro				
15-19	6,3	0,3	5,3	5
20-24	24,2	4,2	15,6	19
Total	15,0	2,2	10,3	12

(1) Se incluyen estos datos para reflejar la incidencia real del paro entre los jóvenes dada la importancia de la población no activa estudiantil. Los porcentajes se extraen sobre el total en cada grupo de edad y sobre el total de los jóvenes.

POLITICA SOCIAL Y MEDIOS DE INFORMACION

Ya en los albores de las elecciones generales de 1982, los inquietos de la política se venían extrañando de que en los avances de los programas electorales la preocupación de los grupos políticos en general y de sus representantes en particular, en relación con los Medios de Comunicación, era casi inexistente.

Se venían utilizando exhaustivamente para el preámbulo electoral, pero eran, a pesar de su increíble importancia, la Cenicienta de los programas. Cada cual se acercaba al medio más asequible a su correspondiente tendencia o ideología, lo utilizaba para plataforma, unas veces gratis y otras no, más o menos brillantemente y luego no parecía recordar para nada la potencialidad de los mismos a efectos de su desarrollo, mantenimiento y difusión de los logros obtenidos, si los hubiere.

Todo ello en base, claro está, a la premisa clásica de la organización española: la improvisación. Todos sabemos la importancia de la información para obtener una mejora fundamental en la formación integral de un pueblo, sobre todo si ese pueblo ha venido siendo conducido informativamente durante un largo período de tiempo.

Pues bien, el análisis de los programas nos convenció de que, a pesar de honrosas excepciones, el marco informativo de divulgación de los objetivos, logros e incluso fallos que se pudieran producir en el camino político, se habían no sólo no expresado, sino ignorado olímpicamente.

En el apartado 5.2 del epígrafe Cultura del programa electoral del PSOE, se toca someramente el tema a través de la "vulnerabilidad en que se encuentra la sociedad española en el terreno de la cultura, ya que importa de otros países contenidos informativos y culturales, con frecuencia de nula calidad", y, más adelante, se dice: "La Radiotelevisión se convertirá en un instrumento fundamental en la promoción de la ofer-

ta cultural. Culminará su proceso de institucionalización democrática abordando una reestructuración funcional y administrativa del medio que lo coloque al servicio de toda la comunidad"... "reforzará su papel impulsor de otras formas de expresión cultural como el teatro, la música y especialmente el cine"...

Vemos aquí muy claramente la función que eminentemente se atribuía a los medios de más audiencia en España: la cultural.

Sabemos que cualquier Plan de Acción Social caería en el vacío sin una previa estructura cultural mínima, por razones evidentes, pero ese vacío organizativo se viene notando muy fuertemente.

Así vemos que una mayor efectividad en la distribución de las oportunidades de educación y trabajo se ve neutralizada por la escasa difusión nacional que las mismas han alcanzado.

Veremos también que las ofertas de ayuda y protección así como de formación y especialización, quedan sin adjudicar por el desconocimiento que de ellas se tiene en la sociedad española.

Lejos de ejemplarizar, nos centraremos en un plan muy concreto: el de la formación del funcionario a efectos de publicidad de los recursos de los Medios de Comunicación.

No hace aún un año, el B.O.E. publicaba una convocatoria para el acceso a un curso, referente al área, en el Instituto Nacional de la Administración Pública. La rigurosidad en las bases de admisión de candidatos al mismo, especificando que debían pertenecer a cuerpos de la Administración, para cuyo acceso se hubiera requerido titulación superior, hizo que no hubiera candidatos suficientes para que el curso se llevara a cabo, situación que aconsejó su anulación. Esta situación resulta sintomática y parece fortalecer la tesis de

María Fraguas de Pablo

que faltan especialistas en cada Departamento orgánico que seleccionen y canalicen la información correspondiente.

¡Cuántas veces leemos, oímos o vemos informaciones que nos muestran sistemáticamente carencias sociales increíbles, que inmediatamente deberían ser complementadas con otras posteriores portadoras de orientación, estímulo y eficacia al efecto de paliar esa situación límite! Los que queremos ocupar un lugar no solamente en la teórica, sino en la práctica de la especialización informativa y venimos teniendo esa lucha diaria de la interpretación de la información, observamos también que en general y desde diferentes sectores se vienen produciendo informaciones unilaterales que no terminan nunca en una comunicación eficaz.

Así, padeceremos como receptores la avalancha informativa de los efectos de la drogadicción, la alcoholemia, la soledad, el abandono, los malos tratos a menores y mujeres, la enfermedad, la carencia de enseñanza, la emigración, el deterioro del medio ambiente y la protección al consumidor —por citar las áreas de acción social más marcadas—, sin que hayamos podido obtener en la mayoría de los casos el organismo y procedimiento que resolvería el problema concreto, a veces con evidente eficacia.

Todos hemos asimilado un enorme bloque informativo al respecto de la LODE, pero, ¿cuántos de buena o mala fe se han enterado meridianamente del

* Doctor en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense. Funcionario del Estado. Jefe de la Sección de Empresas y Emisoras de la Dirección General de Medios de Comunicación de la Presidencia del Gobierno. Profesor Ayudante en el Departamento de Empresa Informativa de la Facultad de Ciencias de la Información de Madrid.

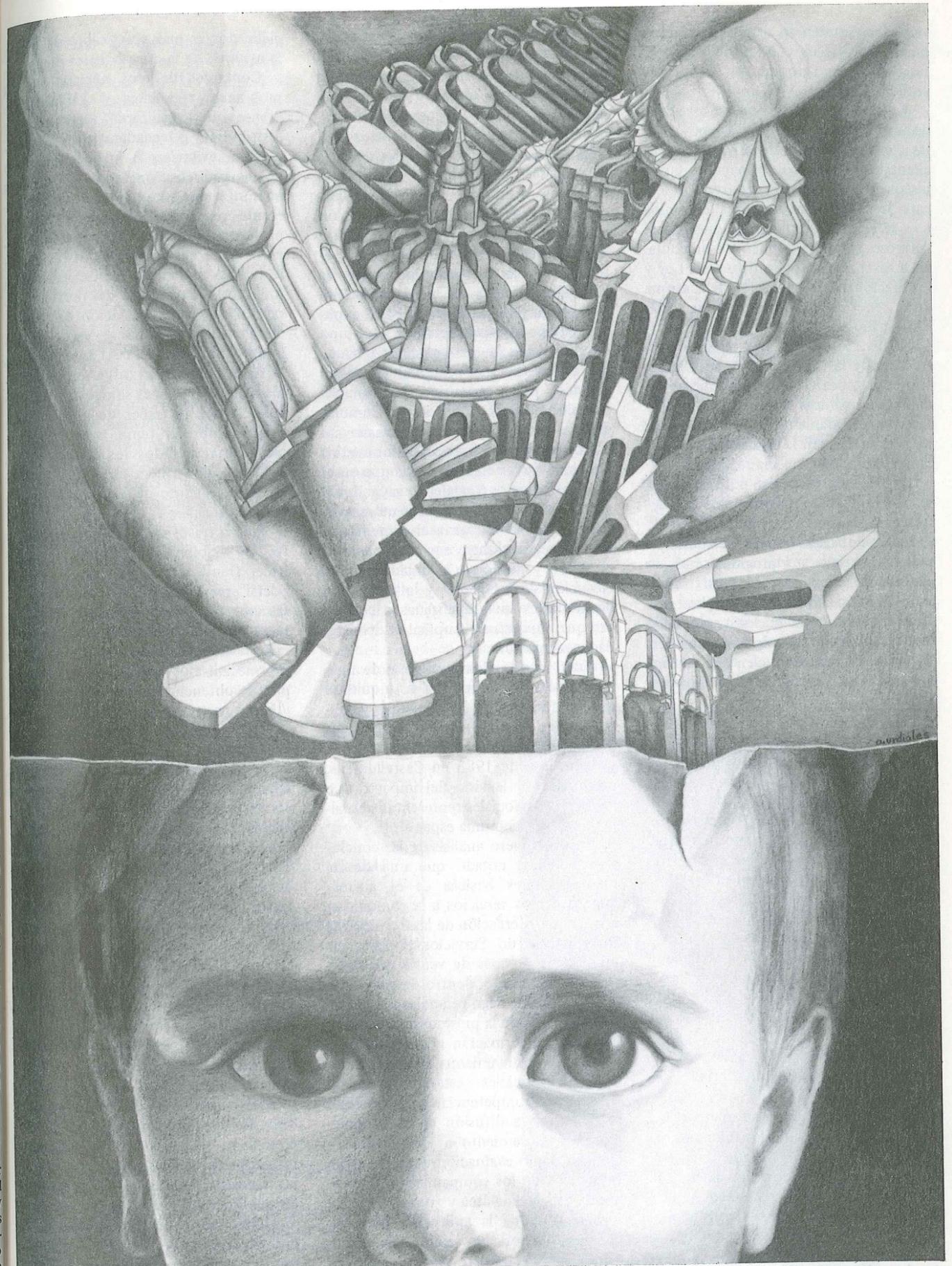


Ilustración de Alberto Urdiales

verdadero contenido de esta Ley? Muy pocos, porque muy escasas veces se ha facilitado una información clara sobre el tema.

La idea general está en un escenario donde el Estado trata de asumir todas las competencias educativas, con el chantaje de las concertaciones como instrumento agresivo para arrojarlo a la cara de los esforzados padres de familia que se encuentran indenfensos ante ese "alevosos ataque". ¿Quién les ha contado a nivel masivo el espíritu de la Ley y los efectos que la aplicación de la misma van a tener en la formación de la sociedad española?

Nadie... Porque no hay en la infraestructura de las Administraciones Civiles, Militares, Locales o Autonómicas, las unidades orgánicas informativas adecuadas que debidamente informadas, a su vez, les participen la situación, asintóticamente más cercana a la realidad.

La práctica usual en política social ha venido siendo afrontar los problemas por sectores, prescindiendo de la realidad de cada núcleo, elaborando cada Organismo sus programas, ya en materia de urbanismo, sanidad, trabajo, educación, formación o coberturas sociales varias, cada uno por su lado y casi en solitario. Lo mismo pasaba con las instituciones produciéndose los inconvenientes lógicos de toda política paralela.

Para que una política social determinada sea racional y lo suficientemente aplicable a las distintas y heterogéneas realidades, es preciso un tratamiento globalizado que facilite los diagnósticos sobre los problemas, aprovechándose así más adecuadamente los recursos que articulándose se hacen más eficazmente potenciales. Y ese tratamiento globalizado sólo se obtendrá a base de una eficaz acción informativa que tendrá tres vectores fundamentales:

1. Información recogida ampliamente desde la periferia al centro u organismo.
2. Información recogida entre organismos.
3. Información difundida desde éstos a los componentes de esa periferia.

Para recabar esa información que permita la globalización será necesario utilizar la infraestructura de los municipios, aunque en ellos no esté aún definida el área de Bienestar Social ni la de los Servicios Sociales, si bien las Concejalías de algunos de ellos han desarrollado, en sus áreas de Educación, Sanidad o Servicios Sociales, excelentes logros a ojos vista bien definidos y localizados.

Creemos que con ello se podrá garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio de sus derechos sociales y la igualdad de los mismos en el ejercicio de esos derechos así como se asegurará la integración y unificación de los recursos y el tratamiento globalizado de las diversas necesidades.

A los medios de comunicación corresponderá la difusión de la legislación vigente en la materia, ya sea nacional o internacional; la expresión de las competencias de las Autonomías, las de las entidades gestoras de la Seguridad Social, INSS, INSALUD, INSERSO, explicando las correspondientes a cada uno de ellos, y las de cuantos centros sociales o instituciones abiertas se vayan creando para promover una mayor cohesión e identidad entre las Comunidades y las personas que las forman.

Asimismo, será función de los medios informar de las transferencias que en el área de Servicios Sociales se vayan realizando a las Comunidades Autónomas. Con ello se conseguiría el fomento de la interrelación entre sus componentes, el apoyo y gestión a la organización y ejecución de los planes y la superación de actitudes individualizadas o colectivas que supongan o impliquen determinadas marginaciones.

Todo lo que exponemos está de alguna manera contenido en la inquietud que ha derivado de las ponencias y conclusiones de las III Jornadas de Servicios Sociales Municipales celebradas el 1, 2 y 3 de julio de 1983 en Castelldefells, promovidas a la vista del impacto que los Servicios Sociales representan actualmente en el panorama español.

En un somero análisis de las conclusiones hemos notado que una de las preocupaciones básicas es el acercamiento de los servicios a la comunidad a través de la creación de las Comisiones Informativas de Servicios Sociales en municipios de más de veinte mil habitantes y, asimismo, dentro de cada área de servicios, ya sean generales o especializados, se prevé la prestación de un Servicio de Información y Orientación. Dentro del equipamiento básico de estos Servicios Sociales estarán ubicadas, entre otras, competencias y actuaciones tendentes a la difusión de la información y asesoramiento a toda la población así como evaluación de la atención prestada y de los equipamientos correspondientes a cada área y zona.

Sabemos que la aplicación de estas conclusiones es tan ambiciosa como difícil, pero también sabemos que la formación de núcleos informativos espe-

cializados es más practicable de lo que la mayoría de la clase política piensa.

Contactos de esos núcleos con los programas regionales y gabinetes de prensa que canalizarán, organizarán y distribuirán adecuadamente la información, evitarían la lucha en solitario de las pequeñas unidades informativas ante informaciones tendenciosas o hábilmente manipuladas y posibilitaría la presencia honrosa de las actividades sociales y de sus gestores o directores en la televisión, radio y prensa, evitando toda cosa —por medio del previo asesoramiento— de la utilización del temido metalenguaje profesional, verdadero velo de Amón, tras del cual muchos de los técnicos que ocupan cargos en las Administraciones Públicas se ocultan para no decir o por no saber decir la realidad puntual sobre un tema, tratando de hacerla llegar a todos los estratos de la sociedad, de manera clara y al alcance de todos, incluso de los más jóvenes o los más ancianos.

Sólo a través de la interconexión entre los Gabinetes de Prensa se podrá hacer frente a una política de Acción Social esperanzadora, aun dentro de los fracasos, los errores e incluso los disparates, ya que la libre circulación de la información posibilita la afloración de los mecanismos correctores necesarios para la obtención de los resultados más idóneos para cada situación.

Trataremos por último de puntualizar que todo lo anteriormente expuesto no tendría valor alguno si olvidáramos mencionar la importancia que en su eficaz desarrollo tiene la participación ciudadana, derecho que le otorga la Constitución Española en sus artículos 9.2 y 23.1, y las bases fundamentales de esa participación se conseguirán a través de una información accesible, veraz, constante, precisa y sencilla que produzca una mayor transparencia en la gestión, al tiempo que despierte el interés y promueva una verdadera toma de conciencia ante los problemas y las necesidades.

Participación que hacia los medios de comunicación producirá la oportuna concienciación de más amplios sectores cada día en la exposición, discusión y resolución de temas concretos, ya sea a través de programas radiofónicos, televisivos o a través de las secciones de cartas al director en las publicaciones periódicas.

Quizá, no a mucho tardar, se podrá observar que en los medios se produce un incremento en la información sobre el área de los Servicios

Sociales, cada vez más concisa y clarificadora, posibilitándose la comunicación y evitándose así la interacción biunívoca, o falta de calidad de las informaciones intercambiadas entre emisores y receptores, a causa de su escaso nivel informativo o bien como consecuencia de la carencia de documentación, o de la manipulación, con intenciones no siempre constructivas.

La puesta en común de los componentes y responsables de los Gabinetes de Prensa por medio de Jornadas convocadas con una cierta periodicidad, produciría, asimismo, el conocimiento entre sí de dichos componentes así como el de las áreas de responsabilidad de cada uno de ellos, lo que facilitaría la circulación de la información. En cuanto al trabajo individualizado, la selección de dicha información, su clasificación y la facilidad de acceso a la misma con los medios clásicos, hasta tanto no se ponga a la disposición de los Gabinetes, los inapreciables puntos informativos, tan importantes como a veces inaccesibles a causa de la escasez de medios materiales para su adquisición.

En el actual momento informativo nacional se está produciendo la desaparición casi masiva de los llamados Medios de Comunicación Social del Estado, integrados hasta la fecha en un Orga-

nismo Autónomo, adscrito al Ministerio de Cultura. El personal perteneciente al mismo, en su mayor parte formado por profesionales de la prensa a todos los niveles, bien podría ser utilizado por los departamentos ya ministeriales, ya institucionales, para organizar los mininúcleos de prensa de los mismos.

Sería la ocasión ideal para ir articulando los centros receptores de información y sus competencias. Se encargarían de recabar y difundir los proyectos y realizaciones así como soluciones de problemas concretos que vayan surgiendo en las diversas áreas, todo ello en continua conexión con los demás organismos implicados o implicables en los mismos.

Todo lo que exponemos, unido a una mayor exigencia en las normas y criterios informativos, y en la exposición de los mismos por los portavoces correspondientes, sabemos que actuaría muy favorablemente en el espectro informacional que corresponde al área de la Política Social, acercándolo bastante al punto casi ideal al respecto.

Todo ello en bien del derecho constitucional a la información al que deben acceder todos los ciudadanos, a una mayor calidad en la información; a la obtención de una más eficaz y activa opinión pública, día a día más culta

e informada, así como a la obtención de los mecanismos correctores y de "feedback" que eviten manipulaciones previas, objetivos intoxicadores y, en fin, la obtención de todo aquello que pueda neutralizar cualquier proceso desinformativo más o menos intencional.

Así se podrá conseguir el control del arma más sofisticada del panorama político, no sólo nacional sino internacional: la desinformación y su proceso estratégico.

Un maravilloso reto, tan importante para el normal desenvolvimiento de cualquier proceso político social iniciado con entusiasmo y voluntad de trabajo sin tener además la obligatoriedad de ir desbrozando dura y esforzadamente el desánimo y la desilusión de los que se sienten solos o de los que no lo ven avanzar por entre la jungla del lenguaje, las omisiones o las incompetencias de los especialistas que se encargaron de administrarlos como consecuencia de la voluntad popular.

Este reto y sus resultados positivos reducirá la incertidumbre de los núcleos marginales, aumentará la confianza de la opinión pública y propiciará el camino favorable y adecuado hacia una sociedad más justa, más amplia y más digna que la que nos ha correspondido venir viviendo.

INDICE

1. Acción Social
2. Formas históricas de la Acción Social
3. El Bienestar Social
4. La Política Social en la Constitución
5. Los Servicios Sociales
6. El Trabajo social como disciplina y los Asistentes Sociales
7. La nueva plataforma municipal
8. Acción Social municipal
9. Modelo operativo para el Bienestar Social Municipal

Apéndice: La Acción Social en diversos países

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES

DOCTOR CORTEZO, 11 28012 MADRID

patrocinio las heras
elvira cortajarena

introducción al bienestar social



federación española de
asociaciones de asistentes sociales

SEMINARIO: "BIENESTAR SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES EN LA SITUACION DE CRISIS ECONOMICA"

Durante la semana del 10 al 14 de septiembre, se ha celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo el seminario de "Bienestar social y Servicios Sociales en la situación de crisis económica", en colaboración con la Dirección General de Acción Social.

El objetivo fundamental del seminario ha sido analizar las políticas sociales integradas en la concepción del "Estado de bienestar". Temática que, además, adquiere una importancia especial en estos momentos por un doble motivo: en primer lugar, por el papel que juegan las políticas sociales en una situación de crisis económica; y en segundo lugar, por la necesidad de coordinación de las políticas sociales en el Estado de las Autonomías.

Por otra parte, ha servido para constatar la importancia que el tema de los Servicios Sociales tiene en los Organismos Internacionales: la Organización de las Naciones Unidas, que lleva largo tiempo estudiando y planificando acciones encaminadas a una mayor solidaridad internacional. Don Gonzalo Martner, miembro de esta Organización, expuso en su intervención la necesidad de una mayor conexión entre la política económica y la política social, así como una política social conexa entre los diferentes países; el Consejo de Europa, por su parte, también coincide e insiste en esta idea, expuesta por medio del profesor Tavitian; la O.C.D.E. recomienda a los países miembros la armonización entre ambas políticas, argumentando en una publicación de 1982 "El Estado de Bienestar en crisis", "...a causa de la naturaleza de las nuevas necesidades sociales y de las nuevas aspiraciones de la sociedad post-industrial contemporánea, es preciso llegar a establecer unas relaciones nuevas entre la acción de los poderes públicos y privados, a elaborar nuevos instrumentos de protección social y a reforzar las responsabilidades de cada uno de ellos frente a sí mismo y frente a los demás.

Es en este sentido en el que el paso del Estado de Bienestar a la Sociedad de Bienestar es, al mismo tiempo, deseable e inevitable".

Existen multitud de corrientes internacionales que abogan por una u otra estrategia a seguir en la consecución de una mayor igualdad social. Los grandes teóricos ingleses, como Crossland, afirman que la igualdad podría realizarse a través del gasto público en los Servicios Sociales, teoría muy debatida por los economistas en el Black Report de 1980, en el Reino Unido. No obstante, en España, donde todavía no hemos conseguido ciertos niveles de igualdad social, es necesario que la política social y económica vayan en esta misma dirección.

Las ponencias versaron sobre: "El Estado de Bienestar en crisis", "La armonización de políticas de servicios sociales en el marco de las Comunidades europeas", "La cooperación Estado-Comunidades Autónomas en el campo de los Servicios Sociales", así como aspectos más concretos de la gestión de estos servicios, como: "La evaluación económica de los Servicios Sociales" u otros aspectos de la política de bienestar social, a cargo de especialistas en dichos temas.

MESA REDONDA SOBRE EL TEMA DE LA POBREZA

Trabajar en las causas más que en los efectos

Cabría destacar la mesa redonda sobre "Pobreza y política de bienestar social", en la que participaron: Demetrio Casado, jefe Gabinete Técnico INSERSO; José Navarro, sociólogo (EDIS); Francisco Salinas, Cáritas Española, y Alberto Piñero, técnico Inst. Estud. Laborales, que realizaron un análisis sociológico sumamente interesante.

La exposición de Piñero, en torno

a la idea del efecto Mateo y a sus propias conclusiones sobre los mecanismos sociales en este sentido, resultó verdaderamente apasionante, despertando en los alumnos y asistentes una inquietud hacia la reflexión en este sentido.

El efecto Mateo, impuesto negativo conocido así por hacer referencia a las palabras de San Mateo: "porque al que tiene se le dará más, y abundará; y al que no tiene, aún aquello que tiene le será quitado", Mt. 13, 12; y dado a conocer por Herman Deleeck en su artículo capital, publicado en *Recherches Sociologiques*, n.º 3, en 1978, que bautizó como "efecto Mateo".

El concepto de pobreza, según Piñero, es esencialmente relativo: alguien es pobre o rico, en relación con su entorno socioeconómico, geográfico o a un determinado momento histórico. El sentimiento subjetivo que el individuo tiene de su propia pobreza está, sobre todo, referido a su entorno existencial y, sin duda, intuirá perfectamente en que lugar se encuentra dentro del reparto social, y si este reparto es equitativo o no lo es respecto a su propia y particular situación. Esta es una percepción subjetiva frente a lo que se denomina pobreza objetiva, que es la diferencia entre lo que el individuo posee y recibe en términos reales, y lo que le correspondería en un reparto social hipotéticamente equitativo.

Para evaluar, a grandes rasgos, la situación objetiva de pobreza en una persona es necesario disponer de unos cuantos conceptos esenciales: primero su renta real, que es la suma de otros cuatro: la retribución de los factores de producción, es decir, capital y trabajo; lo que se denomina "distribución primaria"; las transferencias del individuo a las administraciones públicas o privadas, en forma de impuestos directos o indirectos, contribuciones, cotizaciones etcétera; en tercer lugar, las prestaciones sociales en dinero, tales como pensiones o asignaciones de diferentes tipos, es lo

Redacción

Curso sobre: "BIENESTAR SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES EN LA SITUACION DE CRISIS ECONOMICA".

Santander, 10 al 14 de septiembre de 1984

Día 10 Mañana.

10 h. Inauguración oficial del Curso.

11 h. Ponencia: "El Estado de Bienestar en crisis", por don Tomás Ramón Fernández Rodríguez, catedrático de Derecho Administrativo. Universidad Complutense de Madrid.

Tarde.

17 h. Ponencia: "La armonización de políticas de Servicios Sociales en el marco de las Comunidades Europeas", por don Rolland Tavitian, consejero de la Comisión Europea y don Xavier Prats Monne, responsable de Información de la oficina de las Comunidades Europeas en España.

Día 11 Mañana.

10 h. Ponencia: "La coordinación entre las políticas económicas y las políticas de los Servicios Sociales", por don Gonzalo Martner, economista-director de la División de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas, en Viena.

Tarde.

17 h. Ponencia: "La política de protección social ante la crisis económica", por don Alejandro Cercas Alonso, presidente de la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados.

Día 12 Mañana.

10 h. Mesa Redonda: "Pobreza y política de Bienestar Social".

D. Demetrio Casado Pérez, jefe Gabinete Técnico INSERSO.

D. José Navarro Botella, sociólogo (EDIS).

D. Javier Charroalde, técnico del IELSS.

CARITAS ESPAÑOLA.

Tarde.

17 h. Ponencia: "La evaluación económica de los Servicios Sociales", por don Joan Rovira Forn, profesor adjunto de Teoría Económica de la Universidad de Barcelona.

Día 13 Mañana.

10 h. Ponencia: "Políticas de integración y promoción social: servicios sociales básicos", por doña Elvira Cortajarena Iturrioz, directora del Servicio de Tercera Edad. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Secretaría General para la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Tarde.

17 h. Ponencia: "La cooperación Estado-Comunidades Autónomas en el campo de los Servicios Sociales", por don Santiago Muñoz Machado, catedrático de Derecho Administrativo. Universidad de Alcalá de Henares.

Día 14 Mañana.

10 h. Ponencia: "Seguridad Social y Servicios Sociales", por don Ciriaco de Vicente Martín, secretario 1.º del Congreso de los Diputados. Secretario Federal de Acción Social del Partido Socialista Obrero Español.

13 h. Clausura del Curso.

que se llama "distribución secundaria"; y por fin, en un cuarto sumando se añaden los bienes y servicios colectivos, como vivienda, enseñanza, salud, medio ambiente, etc.

El primer concepto representa la renta privada bruta; el segundo, el ahorro socializado; y el tercero y cuarto la distribución del ahorro socializado. Por lo tanto, la socialización de la renta privada (concepto segundo), y la distribución que la sociedad realiza del ahorro socializado (concepto tercero y cuarto), modifican, o deberían modificar, la distribución primaria.

El objetivo fundamental de la política social es conseguir un sistema de redistribución eficaz

El objetivo fundamental de esta política es conseguir que el sistema de redistribución sea lo más eficaz posible, permitiendo que los estratos sociales menos favorecidos perciban bienes y servicios materiales y culturales que provengan de estratos sociales más favorecidos. Este flujo debe ser progresivo, de modo que reciban más los que menos tienen y viceversa, para que de este modo nadie se encuentre por debajo de un nivel de "mínimo socio-vital".

No obstante, esto no es así en la realidad, donde se producen una serie de fenómenos por los que las clases sociales económicamente superiores obtienen mayor provecho de los beneficios ofrecidos por las políticas sociales. Todos sabemos que los estratos de mayor pobreza quedan a menudo fuera del campo de la seguridad social, por insuficientes o nulos períodos de cotización. Lo mismo ocurre con los demás bienes sociales, como puede ser el de la salud, en el que las personas u hogares de rentas altas tienden a utilizar los servicios de salud en mayor medida que los de rentas bajas. Por otra parte, los hijos de estas familias permanecen más tiempo a cargo de las mismas y son beneficiarios pasivos del sistema de protección de la salud más tiempo que los hijos de familias humildes. Lo mismo ocurre con la esperanza de vida, que aumenta en relación a factores de bienestar económico, o en la enseñanza, en la que la escolarización se prolonga más en niveles superiores, y cuanto más alto es el nivel de renta o el estrato social, mayor es la permanencia de sus miembros en la enseñanza. Incluso la política de becas concentra su atención en los estratos medios-bajos, pero ape-

nas en los muy bajos. Algo muy parecido sucede con las viviendas sociales, ya que en los momentos de auge económico se produce un aumento del chabolismo urbano, o como en estos momentos, un retorno a las viviendas rurales mal acondicionadas, para lo cual existen ayudas dedicadas a construir o a reformar viviendas sociales, a las que generalmente acceden personas con un cierto nivel de renta, quedando marginado un sector de la población, que siempre es el más necesitado. Según investigaciones del R.U. y de EE.UU. se ha demostrado que las formas de subvención para vivienda social favorecen, en general, a las rentas superiores.

El resultado de todo ello es que las situaciones de pobreza no sólo no tienden a atenuarse, sino muy al contrario, parecen mantenerse, y lo que es peor, tienden a agudizarse como viene sucediendo con los estratos de máxima pobreza y marginación.

Para explicar este fenómeno sería conveniente analizar cuatro factores que influyen en el resultado final: primero, los sistemas occidentales de previsión social están concebidos en función de un modo de vida determinado, de un sistema cultural y de unos valores correspondientes a las clases medias; segundo, los bienes y servicios colectivos no son accesibles, o lo son muy limitadamente, a estratos de renta más bajos; tercero, los condicionamientos culturales de personas pobres las colocan en situación de inferioridad respecto a otros estratos superiores, en lo que se refiere a hacer uso de sus propios derechos sociales e individuales; por último, los pobres no se organizan, por lo que carecen de fuerza colectiva que sea capaz de presionar, en defensa de sus derechos frente a grupos más fuertes y unidos.

Piñero concluyó con la apreciación de la necesidad de cambio en la orientación de la política social y económica en orden a neutralizar los mecanismos regresivos de redistribución y a conseguir medios más eficaces para lograr el objetivo fundamental expuesto, es decir, un "mínimo socio-vital".

Las condiciones de marginación se renuevan y se perpetúan

Debido a la enorme dificultad que encierra la evaluación cuantitativa de las familias, grupos o personas que pueden ser encuadradas en situaciones denominadas "de pobreza", fue interesante el estudio comparado que presentó José Navarro, sociólogo de EDIS, en los cua-

les se inserta a España dentro de los países de la CEE y se la compara con los mismos.

Tomando como indicador de pobreza el mismo que usa la CEE en sus estudios, la mitad de los ingresos netos medios de las familias, podemos ver que la situación en España es la siguiente:

— Los ingresos medios de las familias españolas es de unas 1.050.165 pesetas anuales, lo que significa una media mensual de 87.513 pesetas.

— Por debajo de la mitad de estos ingresos, es decir, menos de 43.756 pesetas mensuales por familia media, se encuentran más del 23 por ciento de las familias españolas.

— Este límite es el que se denomina el "umbral de la pobreza", bajo el cual están unos ocho millones de personas, de las cuales cuatro millones están en situación de pobreza severa.

— Comparando el nivel de pobreza en España con el de los países de la CEE podemos ver la siguiente relación:

Países	Familias
Bélgica	6,6
Dinamarca	13,0
Francia	14,8
Alemania	6,6
Irlanda	23,1
Italia	21,8
Luxemburgo	14,6
Holanda	4,8
Inglaterra	6,3
C.E.E.	11,4
España	23,0

"La causa profunda de que exista la pobreza es de carácter estructural, ya que se encuentra en la desigualdad social, que en España es muy acentuada, pues mientras este 23 por ciento de familias más pobres dispone de tan sólo un 8 por ciento del total de ingresos, el 10 por ciento de las familias más ricas acumulan el 40 por ciento de toda la renta familiar"

Excluyendo algunas marginaciones consientes, dice Navarro, la mayor indefensión corresponde a las clases sociales más desfavorecidas y, entre ellas, a los colectivos en mayor precariedad de medios humanos y económicos. Consecuentemente, la mayor parte de las marginaciones aparecen asociadas a situaciones de pobreza y, con independencia de la movilidad interna que se produzca, las condiciones de marginación se renuevan o perpetúan permanentemente.

Demetrio Casado, jefe del Gabinete Técnico del INSERSO, resumió las ideas

expuestas constatando que a la vista de investigaciones recientes, la pobreza, incluso en sus grados más severos, tanto en España como en países del área occidental, durante el período de desarrollo y prosperidad económica y ahora en la crisis, no sólo se ha enquistado sino que está aumentando de forma alarmante en algunos de sus aspectos.

Esto unido a que una parte importante de este fenómeno es debido a: las estructuras sociales y económicas, a las políticas de redistribución de la renta y a la propia crisis, que hace necesario afrontar la reforma y el cambio de estas estructuras. Resulta imprescindible para conseguirlo un replanteamiento de las políticas de redistribución de la renta y acciones sociales y culturales dentro de una política global que lleven a la movilización de los pobres, en el sentido de que sean ellos mismos los que luchen por salir de esta situación.

España está en la cola en cuanto a protección social se refiere

"España está en la cola en cuanto a protección social se refiere, aunque en los dos últimos años es cuando más se ha gastado del conjunto del gasto de las administraciones públicas en este tema". Estas palabras fueron pronunciadas por Luis García de Blas, secretario general de la Seguridad Social en la clausura del seminario.

El principal agente del gasto, según García de Blas, es el realizado por las administraciones locales, con 47.000 millones, de un total de 130.000 millones destinados a protección social. "En el año 1985 no crecerán los servicios sociales como en 1984, a pesar de que la nueva ley atiende los aspectos de prestación económica y social, coordinación de redes, gestión descentralizada y participación, sobre todo, en los ayuntamientos".

Los servicios sociales, en la actualidad, son un conjunto de prestaciones asistenciales y pecuniarias heterogéneas, formado por dos redes de ámbito estatal: los Servicios Sociales del Estado y los de la Seguridad Social, así como un tercer sector compuesto de servicios pertenecientes a diversas corporaciones locales.

Manifestó su convicción de que la protección social va a tener que expandirse aún en época de crisis, porque tenemos más ancianos y creciente número de desempleados y nuestra sociedad tiene una dosis importante de injusticia y de desequilibrio en las rentas.

EL SERVICIO DE VIDEO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES

Gloria Pujol*

La posibilidad de crear un servicio de vídeos y videotecas a nivel nacional para los ancianos de Servicio Social de la Tercera Edad ha constituido una tarea tan compleja como apasionante. En el momento actual, el proyecto se encuentra ya en fase de realización y ha sido acogido con entusiasmo por los futuros usuarios del mismo.

El proyecto INSERSO de vídeo y videoteca nace, como idea, en junio de 1983. En ese mismo mes se realizan los primeros informes y se inician los sondeos que llevarán, un año más tarde, a la puesta en marcha del proyecto.

Este ha pasado por varias fases: tras una primera, de toma de contacto con el medio y de estudio de las posibilidades que éste podía ofrecer a los usuarios de los centros de la Tercera Edad, se realizaron estudios y se elaboraron presupuestos para obtener toda la información posible sobre utilidad y rentabilidad del proyecto. Finalmente, y tras la creación en el Servicio Social de la Tercera Edad de una Unidad de Vídeos, encargada de la realización y seguimiento del proyecto, este ha llegado a su fase actual: la de adquisición y distribución de unos 400 aparatos de videocassette, destinados a los centros de Tercera Edad, la realización de un curso de profesionalización de varios funcionarios que se encargarán de coordinar el perfecto funcionamiento de la red y de supervisar la realización de cintas producidas por el propio INSERSO y la creación de una extensa videoteca, que se surtirá, además de las mencionadas cintas de producción propia, de las procedentes de intercambios con otros organismos públicos y de las proporcionadas por TVE, tras la firma del oportuno convenio de colaboración.

Desde el primer momento, la posibilidad de crear un servicio de vídeos y

videoteca a nivel nacional ha constituido una tarea tan compleja como apasionante. Se han mantenido conversaciones con expertos y técnicos del medio, se han solicitado informaciones, evaluaciones y presupuestos; se han elaborado planes y proyectos. Y constituye una gran satisfacción para todos los que han participado en las distintas fases del mismo, saber con qué expectación ha sido seguido su desarrollo por los que van a ser sus más directos usuarios: los ciudadanos de la Tercera Edad.

El objetivo lacónico, pero definitivo, de cualquier programa relacionado con la Tercera Edad se resume en una frase brevísima: "añadir vida a los años", a aplicar a un entorno, el del siglo XXI, que según la División de Población de las Naciones Unidas "puede ciertamente ser el de la tercera edad". En el año 2025, con 1.121 millones de personas con más de sesenta años, éstos se habrán quintuplicado mientras que la población mundial, en su conjunto, sólo se habrá triplicado. España no va a estar en absoluto ausente de esta evolución. El envejecimiento de nuestra población es ya un hecho —la civilización industrial ha añadido años a la vida, pero la realidad es que hasta ahora, y este es el desafío de todos los servicios sociales, NO HA AÑADIDO VIDA A LOS AÑOS. Los viejos han visto cómo el reparto tradicional de tareas entre las edades se ha modificado, si no distorsionado. Han cambiado las relaciones entre el saber y el poder, entre el trabajo y el tiempo libre, dentro de las propias relaciones sociales. Las mutaciones demográficas han hecho más que nunca necesaria una solidaridad intergeneracional y, además, una total redefinición de la línea de acción de cara a los problemas planteados por el citado envejecimiento de las poblacio-

nes y los individuos. Problemas de sanidad, de alojamiento, de medio ambiente, de protección social, de rentas, de tiempo libre, sin olvidar nunca la necesidad de que en todas las soluciones diseñadas la tercera edad tenga un "rol" propio activo y consciente. Todo ello debe permitir una participación real de la tercera edad en la toma de decisiones con el fin de crear un nuevo estilo de vida y de ciudadanía en el cual esta tercera edad pueda, dentro de la solidaridad, gozar de la vida plenamente, es decir, AÑADIR VIDA A LOS AÑOS.

Hace poco más de un año, el Centro Internacional de Gerontología Social (CIGS), al elaborar una serie de recomendaciones para las Naciones Unidas, afirmaba que "el hombre, sea cual sea su edad, debe poder aportar su contribución al desarrollo económico y cultural de la sociedad y retirar de ella en su momento los beneficios a los que tiene derecho".

Sin duda, en estos momentos, una de las maneras más claras de retirar "esos beneficios a los que tiene derecho" cualquier ser humano, es a través de la comunicación. La comunicación en la tercera edad (como en cualquier otra) crea nuevos marcos de referencia, y la comunicación, en nuestra tercera edad, debido fundamentalmente a las circunstancias que han incidido en su formación intelectual y cultural, está prácticamente volcada sobre lo audiovisual.

En efecto, de acuerdo con el informe elaborado por el INSERSO para la Asamblea Mundial del Envejecimiento, la población española que actualmente cuenta con más de 60 años, nació en 1922 o antes, accediendo por tanto a

* Miembro de la Redacción de la Revista de Servicios Sociales y Política Social.



Ilustración de David Santa Isabel

niveles de educación y de cultura muy inferiores al de las generaciones nacidas en la posguerra. El estado social y económico de la época obligaba a trabajar desde edades muy tempranas, abandonando la enseñanza primaria, que era el máximo grado de instrucción al que podían aspirar la mayoría de los estudiantes del primer cuarto de siglo.

Esta realidad, afirma Begoña González en su tesis "Problemática de la Tercera Edad - Ser anciano hoy en España", necesita ser asumida por toda la sociedad con la finalidad de mejorarla sabiendo de antemano las dificultades que ello implica.

Las cifras que determinan el nivel cultural y de instrucción de los españoles mayores de 60 años, en 1982, son poco optimistas, aunque han mejorado sensiblemente en comparación con las de 1975: un 16,26 por ciento de analfabetos, un 59,38 por ciento que no han completado la instrucción primaria, y sólo un 2,39 por ciento que han completado el bachillerato. Las cifras son aún más duras si nos referimos a la población femenina de la misma edad y procedencia, ya que del total de analfabetos el 23,6 por ciento pertenece a los varones y el 76,4 por ciento a las mujeres.

En cuanto a las prácticas culturales de nuestros ancianos, cuyo análisis se basa fundamentalmente en los resultados obtenidos en la encuesta realizada por el INSERSO en marzo de 1982, vienen determinadas, evidentemente, por el nivel de instrucción ya analizado. El 53,55 por ciento de nuestra pobla-

ción anciana no lee nunca un periódico, y el 78,88 por ciento no lee nunca libros o novelas.

La actividad cultural preferida es, como mucho, ver la televisión. Y nada menos que un 70,5 por ciento de la población de más de 60 años la sigue diariamente.

Por otra parte, aunque no existen datos contrastados, a tenor de los resultados de los sondeos efectuados entre los interesados en todas las provincias con ocasión de la Asamblea Mundial del Envejecimiento, se desprende que una gran mayoría, aun consciente de sus limitaciones, desearía poder alcanzar un mayor bagaje educativo y cultural.

A todos estos datos, y procedentes de la misma fuente, hay que añadir que a los ancianos no les atraen las actividades al aire libre, seguidas únicamente por un 6 por ciento de los encuestados, ni las manuales, que rechaza un 76 por ciento.

De todo lo expuesto se deduce que la manera de llegar a la tercera edad es a través de lo audiovisual. Y a través de lo audiovisual la tercera edad puede definir y crear para sí misma un nuevo estilo de vida que le permita, entre otras cosas, elegir la actividad frente a la pasividad, programar en vez de ser programado a distancia (vídeo frente a televisión), culturizarse (formación e información más diversión) y, en fin, fomentar el diálogo terapéutico y la tensión creativa como un factor revitalizador.

En la práctica en cualquier colectivo,

el vídeo provoca una serie de resultados positivos importantes: introduce la posibilidad de selección y por lo tanto del diálogo a priori y a posteriori dentro del grupo, incita a la creación de grupos complementarios y a la aparición de líderes responsables y rompe el aislamiento, dando, sobre todo en el caso de la tercera edad, la sensación de no encontrarse marginada del proceso tecnológico y de sus beneficios.

La constatación de todos estos datos y la consulta a los propios interesados, son argumentos de peso en la puesta en marcha de este proyecto.

En la fase actual, adquiridos los videocassettes a través de concurso público e instalados en sus puntos de destino, y una vez realizadas con éxito dos cintas piloto —"la Asamblea Nacional de la Tercera Edad" y "Jornadas de Convivencia Navideñas"—, el Servicio se dispone a la elaboración de nuevos guiones y a la firma del convenio con TVE, que garantizará a los pensionistas el acceso a una extensa selección de cintas, tanto de películas como de programas de producción nacional. A este fin se está elaborando un catálogo, que se actualizará periódicamente y que recogerá las existencias que en cada momento se encuentren disponibles en los archivos del Servicio.

Finalmente, han sido asimismo adquiridos cinco equipos móviles de grabación que permitirán la realización de reportajes sobre actividades o acontecimientos de interés que tengan lugar en cualquiera de los puntos de la red.

PALACIO DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS DE MADRID
17, 18, 19 y 20 DE DICIEMBRE

PRIMERAS JORNADAS EUROPEAS DE SERVICIOS SOCIALES EN PAISES DEL AREA MEDITERRANEA

Información e inscripciones:
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS
OFICIALES DE DIPLOMADOS EN
TRABAJO SOCIAL Y
ASISTENTES SOCIALES
Campomanes, 10, 1.º - 28013 Madrid
Teléfono 241 57 76-7

Colabora:
MINISTERIO DE TRABAJO Y
SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIA GENERAL PARA
LA SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE
ACCION SOCIAL

SOBRE LA FINANCIACION DE LAS ATENCIONES DE SALUD

Pilar Coll Cuota*

1. INTRODUCCION

Los gastos de salud se cubren, por lo general, con distintas fuentes de ingresos y presentan combinaciones diferentes según el modelo adoptado y el país en que se materializa. Lo que distingue la forma de financiación de las atenciones de salud de un país a otro, no es tanto la fuente principal sino la importancia relativa de cada una de ellas.

Los gastos sanitarios pueden financiarse básicamente a través de:

- 1) Los presupuestos públicos (central y locales), financiación por impuestos fundamentalmente.
- 2) los seguros obligatorios públicos;
- 3) los seguros privados (voluntarios u obligatorios, con o sin fines lucrativos);
- 4) pago directo (total o parcial) de los servicios (excluidas primas de seguros), y
- 5) donativos.

Todas ellas, a excepción del pago directo, pueden genéricamente considerarse como formas de financiación indirecta. Las dos primeras, de naturaleza pública, constituyen las fuentes predominantes en la mayoría de los países. En el ámbito europeo en todos.

Sin embargo, es precisamente el predominio de una u otra fuente de recursos públicos lo que sirve con frecuencia como criterio de clasificación de los sistemas sanitarios nacionales.

La financiación vía impuestos se asocia, en general, con el sistema sanitario denominado Servicio Nacional de Salud, mientras que los sistemas de Seguridad Social, o de forma genérica, los sistemas de seguro, se caracterizan por la financiación predominante de cotizaciones de empleados y empleado-

res. Esta caracterización de los modelos desde una perspectiva de financiación no deja de ser una generalización distante de la realidad que aporta además, como veremos, pocos o nulos elementos de delimitación de los mismos.

Un modelo de Servicio Nacional de Salud tiene características definitivas propias distintas de las financieras. Un Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) supone la obligación para el Estado de ofrecer a todos los ciudadanos unos servicios sanitarios integrados de igual calidad, y como contrapartida surge el derecho a su disfrute de toda la población. Es decir, un S.N.S. se caracteriza por el **principio de universalidad de las prestaciones**. Frente a esto, los sistemas de seguros o modelos de Seguridad Social crean un derecho del cotizante a las prestaciones sanitarias basado en el pago de cotizaciones y un derecho derivado a la asistencia sanitaria basado en el reconocimiento de dependencia familiar. (Marziale). Cubren, por tanto, a un cierto porcentaje de población en función de que cumpla determinados requisitos para estar obligada a adoptar esta forma de seguro sanitario. El origen de esta obligación y derecho se encuentra ligado al mercado de trabajo, aunque en ocasiones entran en juego otras variables para eximir de la obligación —no del derecho— (sería el caso por ejemplo en la República Federal de Alemania de las personas que superan un determinado nivel de ingresos. Esto les permite optar si lo desean por un seguro privado en sustitución del obligatorio).

El principio inspirador de ambos sistemas es, por tanto, muy diferente, en el primero —S.N.S.— se consideran los cuidados para la salud como un derecho de todos los ciudadanos, mientras en el

segundo, las prestaciones sanitarias forman parte de las recompensas del mercado de trabajo.

El modelo de financiación tratará de ajustarse en cada caso al objeto perseguido e inspirarse en los principios subyacentes al modelo. No es de extrañar, por tanto, que si la razón a favor de un S.N.S. deriva por tradición de un principio de equidad o de justicia social se asocie al mismo un modelo teórico de financiación basado en el sistema impositivo y fundamentalmente en la imposición sobre la renta personal. Existe un consenso general respecto a que este impuesto, basado en el **principio impositivo de la capacidad de pago**, es progresivo prácticamente a lo largo de los distintos tramos de renta; las discusiones se centran, generalmente, en la equidad horizontal (tratamiento igual de aquellos que están en el mismo nivel de renta), más que en la vertical. (Keintz).

El sistema de cotizaciones obligatorias —que constituye una aportación, por lo general involuntaria, aunque con frecuencia se denomine "contribuciones" a la Seguridad Social— está igualmente basado en cierto sentido en el principio impositivo de la capacidad de pago, aunque con ciertas limitaciones: a) no se gravan todos los ingresos del individuo sino sólo las rentas de trabajo; b) suelen existir en todos los países techos o niveles máximos en los ingresos susceptibles de ser gravados; c) no se hacen concesiones a las exenciones por bajo nivel de ingresos; d) no se permite ningún tipo de deducción de los ingresos brutos. Estas limitaciones constituyen

* Economista y Licenciada en Ciencias Exactas. Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social.

algunos de los motivos de la naturaleza regresiva que tienen estos impuestos, que dan como resultado, más o menos acentuado según los países, una tasa efectiva muy superior para trabajadores con bajos ingresos que para aquellos con rentas más elevadas.

Los sistemas de seguros pueden tener un cierto carácter redistributivo vertical si la cotización se fija en función de la categoría profesional, y con carácter más general pueden ejercer una redistribución horizontal casi siempre impensada (de los sanos hacia los enfermos, de los activos cotizantes a los pasivos no cotizantes, de aquellos sin cargas familiares hacia los que las tienen en el caso de cotización por cabeza de familia, etc.). No constituye un principio esencial de los sistemas de seguros aplicar criterios de progresividad en el reparto de los costes sanitarios que generalmente van unidos además a los de otras prestaciones sociales. Se ha dado cierta entrada en muchos países al principio del beneficio como criterio de reparto de los costes en la forma de pagos parciales por servicios recibidos u otras.

No existe, como veremos, un criterio único respecto al sistema de financiación a adoptar con uno u otro sistema, pero sí una clara tendencia a que los gobiernos participen en la financiación de los servicios de salud bajo cualquier modelo.

2. LAS EXPERIENCIAS EN PAISES DEL ENTORNO: LOS MODELOS EUROPEOS

Los modelos sanitarios adoptados en Europa difieren sensiblemente por su configuración y financiación de unos países a otros. Dentro de la Europa occidental sólo en ocho países el derecho a los servicios sanitarios está asegurado por un sistema general (S.N.S.) o sistema mixto; en diez países el derecho a los servicios sanitarios "per se" no ha sustituido a la Seguridad Social; en tres países la asistencia sanitaria está disponible sólo para aquellos que se encuentran por debajo de un cierto nivel de renta (Marziale, F. y Robbins, Ch.).

Con carácter general para todos los países europeos sólo cabe hacer una afirmación respecto a la modalidad de financiación; que en todos ellos el sector público juega un papel decisivo. La materialización concreta de participación admite multitud de variantes, dependiendo de la estructura centralizada o no del Gobierno y la hacienda

Servicios provistos o financiados directamente por el Gobierno (local o central).		Sistema mixto (servicio provisto por el Gobierno con la participación del régimen de seguros).	Servicio financiado fundamentalmente por los regímenes de seguros (con intervención asistencial en caso de necesidad).
Para toda la población.	Según nivel de renta.	Finlandia Suecia	Alemania R. F. Austria Bélgica España Francia Grecia (1) Holanda Luxemburgo Suiza Turquía
- Dinamarca - Islandia - Italia - Noruega - Portugal - R. Unido	- Chipre - Malta - Irlanda		

(1) Con posterioridad a la fecha en que sus autores publicasen este cuadro (1981) Grecia ha adoptado un S.N.S.

de cada país y del peso específico de los seguros sanitarios obligatorios.

En los países del Este, países nórdicos, Irlanda y el Reino Unido, la financiación de los sistemas sanitarios se basa fundamentalmente en el sistema impositivo; en los dos últimos el peso de los tributos estatales es claramente predominante —también corresponden al Gobierno central las competencias sanitarias—, mientras que en los restantes y de forma muy acusada en los países nórdicos lo es el de los tributos locales. La mayoría de estos países financian igualmente parte de sus gastos sanitarios a través de los seguros sociales (Reino Unido en un 8 por ciento, Suecia 21 por ciento) y todos ellos utilizan el pago directo de ciertas prestaciones por los usuarios.

Un segundo grupo de países europeos, entre los que se encuentran los países mediterráneos, Bélgica, Alemania Occidental, Países Bajos, Suiza y Austria, se financian fundamentalmente a través de seguros obligatorios (O.M.S. 1983), aunque también en ellos una parte del gasto sanitario se financie a través de los presupuestos de la na-

ción. España al igual que Italia y Grecia como países mediterráneos que son, se encuentran entre este segundo grupo de países aunque ambos tiendan hacia una creciente participación de los impuestos en la financiación de las atenciones de salud gracias a una reforma del sistema sanitario, que en el caso de Italia se inició ya en 1975 y en el de Grecia en 1983.

El peso de la financiación local o central del gasto sanitario varía en los distintos países en función de la estructura centralizada o descentralizada del Estado y la hacienda y del modelo sanitario adoptado. En los sistemas de seguros sociales cabe esperar escasa descentralización del gasto, pero aún en los países en que se ha adoptado un sistema mixto e incluso un S.N.S., la participación de los niveles regional o local en el gasto depende de las competencias sanitarias respectivas y de su grado de autonomía financiera. Como ejemplos extremos cabe citar a Canadá o Suecia como representativos de un alto grado de descentralización del gasto sanitario, y al Reino Unido como país de financiación centralizada.

DISTRIBUCION DEL GASTO PUBLICO ENTRE DISTINTOS NIVELES DE LA ADMINISTRACION

	Central o Federal	Regional o Estatal	Local	TOTAL
Canadá	24	70	6	100
Estados Unidos	24	37	39	100
Francia	91	—	9	100
Inglaterra	100	—	—	100
España (1)	95	—	5	100

(1) Antes del advenimiento del Estado de las Autonomías.

3. FINANCIACION DE LAS ATENCIONES DE SALUD BAJO UN MODELO DE SERVICIO NACIONAL DE SALUD

La experiencia de países que han adoptado un S.N.S. nos muestra una amplia gama de posibilidades de financiación pública. Desde un planteamiento teórico pueden distinguirse las siguientes fuentes alternativas:

1) Financiación estatal a través de los ingresos nacionales.

Basada fundamentalmente en el sistema impositivo e incluyendo, por tanto, fondos provenientes tanto de la imposición sobre la renta personal como sobre sociedades, imposición indirecta sobre el consumo y otros gravámenes.

La ventaja de esta fuente de financiación es su flexibilidad, que permitirá hacer frente a las necesidades sanitarias de la sociedad en situaciones normales y resolver sin complejidad las situaciones excepcionales que requieran coyunturalmente dotaciones extras de recursos. Sin embargo, esta ventaja teórica, puede convertirse en la realidad en un serio inconveniente al tener que competir anualmente los presupuestos de salud con otras acciones normales del Gobierno como educación, obras públicas, defensa, etc., lo que supone una dependencia constante de la voluntad política y un riesgo importante de que se releguen los proyectos de inversión.

Otro notable inconveniente que tiene la financiación de los gastos sanitarios a través del conjunto de ingresos nacionales es su dudosa progresividad. Este sistema de financiación será tan solidario y redistributivo como lo sea el sistema impositivo en que se basa, pero al incluir la imposición indirecta como origen parcial de recursos para la salud se atenta contra el principio de solidaridad en el reparto de las cargas.

Un último interrogante que plantea este modelo de financiación es cómo repartir los fondos entre las distintas regiones del país, qué criterio solidario utilizar. Para evitar estos problemas de asignación local puede optarse por el siguiente modelo de financiación.

2) Financiación local.

Esta forma de financiación (que sólo es válida para aquellos países que tienen un sistema sanitario descentralizado y una hacienda igualmente descentralizada que permita una cierta autonomía finan-

ciera local) reduce parcialmente la magnitud de los problemas que se han señalado para el sistema anterior. A nivel local el problema de asignación de recursos económicos a distintas alternativas es menor que al nivel central por el simple hecho de que el número de opciones o competencias es más reducido (1).

Como fórmula única de financiación de un S.N.S., la financiación local no da cumplida respuesta al principio de equidad que inspira la elección de este modelo sanitario, toda vez que este sistema de financiación acentúa los desequilibrios regionales; precisamente lo que se supone que un S.N.S. debe evitar.

La financiación local a través de impuestos recaudados localmente, sólo puede ser una de las fuentes de financiación de un S.N.S., ya que se hace necesario un mecanismo complementario de redistribución nacional que sólo puede darse mediante financiación central (a través de subvenciones específicas, participación discriminada de las regiones en los ingresos nacionales u otras) o redistribución de recursos locales.

No obstante, las ventajas e inconvenientes de esta modalidad de financiación de un S.N.S. están en función de la distribución de las competencias y de la soberanía financiera entre Estado central y territorios autónomos, pudiendo moverse esta última entre dos sistemas contrapuestos, sistema de separación o sistema de unión (2), de los que derivan cualidades muy diferentes.

3) Cotizaciones a sistemas de previsión social.

Esta fuente de financiación de los sistemas sanitarios tiene dos claros inconvenientes; primero la naturaleza regresiva, comentada anteriormente, de esta forma de impuestos, y segundo los importantes costes de oportunidad que conlleva la financiación vía cotizaciones sociales que hace disminuir con frecuencia las asignaciones a atenciones sanitarias. De las cotizaciones globales la parte asignable a atención de salud será el resultado de una dura pugna entre fuertes y preferidos contrincantes como son las pensiones y demás prestaciones sociales.

4) Cotizaciones sanitarias e impuestos afectados.

Esta forma de financiación mediante contribuciones específicas al S.N.S. o

cualquier forma de impuestos afectados a esta finalidad tiene la ventaja o inconveniente, según se mire, respecto a las fórmulas anteriores, de permitir al gasto sanitario aumentar o disminuir en función de lo recaudado. No existen en este caso costes de oportunidad con alternativas no sanitarias.

La solidaridad o equidad de este sistema estará en función de las características específicas que tenga la modalidad de implantación, que puede ser desde un recargo progresivo en el impuesto general sobre la renta personal hasta una cotización igual para todos los ciudadanos. Es evidente que las repercusiones de una u otra modalidad apuntadas como ejemplo difieren sensiblemente.

Incluimos también dentro de esta cuarta vía de financiación, todos los impuestos del tipo que fueren y cualquiera que sea el objeto sobre el que recaigan, cuya recaudación total o parcial esté afectada a fines sanitarios.

A modo de síntesis diremos que no se plantea, ni existe en realidad salvo excepciones, un modelo puro de financiación de un S.N.S. que responda a una única modalidad de las cuatro apuntadas. Es posible paliar los inconvenientes de un modelo complementándolo con otro, esa es la solución adoptada en algunos países y la que proponemos para el futuro S.N.S. español.

Un solo principio debe, a mi juicio, cumplir el modelo ideal de financiación de un S.N.S., estar basado en la solidaridad nacional, o dicho de otra forma, en la capacidad de pago personal y territorial.

(1) No entraremos aquí a debatir la superioridad en eficiencia del suministro descentralizado de bienes que demuestra el "teorema de la descentralización" ni a hablar del mecanismo de ajuste tieboutiano sobre el que se sustenta la teoría del federalismo fiscal, ya que a pesar de su indudable interés no harían en este contexto sino desviarnos del tema central de esta ponencia. El lector interesado podrá encontrar un interesante estudio al respecto en los trabajos de Oller 1981, y Casahuga 1982, o en los trabajos originales de Oates y Tiebout.

(2) En el sistema de unión el Estado tiene competencia exclusiva para establecer impuestos iguales en todo el territorio nacional y competencia exclusiva para recaudarlos. Con el sistema de separación se reparten los distintos impuestos entre el Estado central y los territorios autónomos (Ferreiro Lapatza). Entre ambos sistemas existe toda una gama de sistemas mixtos con características propias e implicaciones diferentes.

ANTEPROYECTO DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Antonio Moral Rubio

Con toda seguridad podríamos afirmar que la reforma de la Sanidad Pública ha sido la gran pesadilla de los distintos gobiernos que han ido sucediéndose a lo largo de nuestra historia contemporánea.

Hasta la fecha no ha existido ningún programa sanitario que afronte sin frustración la reforma de nuestra Sanidad Pública que, exceptuando alguna salvedad, conserva prácticamente la misma conceptualización que tenía en 1855.

MARCO HISTORICO

El primer ensayo gubernamental en materia sanitaria data del primer cuarto del siglo XIX, con el abortado proyecto del Código Sanitario de 1822, que suponía la acomodación del órgano ejecutivo a las nuevas técnicas de la Administración y que no prosperó por problemas de índole científica. En 1848 se promulga la ley de la Beneficencia General del Estado, que se va a reglamentar en 1852, con una parte para la asistencia médica caritativa. Por fin, en 1855, se aprueba la ley del 28 de noviembre que consagra la Dirección General de Sanidad, que extenderá su vigencia durante una larguísima época, por la imposibilidad de llegar a un acuerdo sobre el texto de una nueva ley sanitaria, hasta que el 12 de enero de 1904 se aprueba la Institución General de Sanidad, que tampoco iba a aportar nada innovador a lo ya heredado. En ese mismo año, Canalejas crea el Instituto de Trabajo, que posteriormente se convertiría en el Instituto de Reformas Sociales bajo la presidencia de Azcárate, y que supondría la cimentación del Instituto Nacional de Previsión, que se crea en 1907.

La etapa republicana, bajo la pre-

sidencia de Largo Caballero, abre un paréntesis en la gestión sanitaria con la creación del Ministerio de Sanidad —del que fue titular Federico con un claro intento unificador de los distintos estamentos que gestionaban la Sanidad (Beneficencia, Diputación, Iglesia, etc.), además de introducir una nueva filosofía sanitaria, aportando nuevas ideas. No obstante, la guerra civil iba a impedir la consolidación y viabilidad de estas nuevas tesis.

Ya en la postguerra, siendo Girón ministro de Trabajo (1942), se incluyen dentro de la estructura del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.) las prestaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.), y hasta el 25 de noviembre de 1944 en que se promulga la "Ley de Bases de Sanidad", que intentará sincronizar la legislación sanitaria, de una parte, y la realidad sanitaria de otra, sin ningún resultado positivo. Por el contrario consagrará la dispersión de las instituciones sanitarias, con un esquema organizativo igual al de 1855, basado en una Dirección General de Sanidad, recreado como órgano único y que se iba a ocupar en atender los problemas sanitarios que pudieran afectar a la colectividad como conjunto, quedando al margen los problemas de la salud individual.

En la década de los desarrollistas años sesenta, la Administración se dedicó más a lavarle la cara a una "sanidad enferma" que a crear y planificar una estructura sanitaria acorde con las necesidades y la realidad del país; En 1964 se aprobaría la "Ley de Bases de la Seguridad Social", que se promulgaría el 21 de abril de 1966, consistiendo en un plan sanitario que pasaría del sistema de seguros sociales a un sistema de seguridad social, dentro del marco del I.N.P., ampliando de esta

forma su cobertura (75% en 1971) y cambiando el sistema de financiación anterior —dado su expansión ya no podía ser financiado exclusivamente por empresarios y trabajadores— que requería la participación estatal.

En 1977, el gobierno de U.C.D. crea un Ministerio de Sanidad, que se ve incapaz de ordenar el panorama, mantiene la pluralidad de los sistemas sanitarios, funcionando en paralelo, lo que supone un increíble gasto sanitario y no acierta a establecer las estructuras que se adecúen a las necesidades de nuestro tiempo. La tan anunciada "Ley de Reforma Sanitaria" nunca llegó a ver la luz, quedando para siempre archivada, como tantas otras, en los cajones del Ministerio.

Después de este breve repaso legislativo, vemos como el esquema fundamental se mantiene a lo largo de las diferentes leyes sanitarias, encontrándonos hoy día con una legislación en materia de sanidad decimonónica, desfasada con la realidad y las exigencias de este país y por lo tanto inadecuada para regularizar un sector tan complejo como es el sanitario.

MARCO ACTUAL

Todo estado moderno y progresista debe dar una respuesta válida, seria y coherente a la problemática sanitaria que se le plantea.

El objetivo primordial a cubrir en el campo sanitario en un estado de Derecho es que la protección de la salud —y por tanto la cobertura sanitaria— se extienda a toda la población: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los ser-



Simplicissimus - Käthe Kollwitz - 1924

vicios sociales necesarios;...” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25).

Así el derecho a la protección de la salud puede ser tan amplio o tan limitado como el concepto que sobre la salud tenga la sociedad en cada momento. De esta forma toda legislación sanitaria debe partir de un concepto integral de la salud, en el que inciden multitud de factores ambientales, sociales, biológicos, psicológicos, etc., interrelacionados entre sí y con el medio donde se suceden. Por otra parte, la participación ciudadana en el sistema sanitario es una demanda legítima de la comunidad, que la hará responsable de su propia salud, haciéndoles adoptar hábitos de vida que eviten la enfermedad. Pero para llevar a cabo este cometido es preciso, por parte de la Administración, impartir una educación sanitaria que desarrolle el concepto de salud de la comunidad y del propio individuo, para que de esta manera participe activamente en su propia sanidad.

Es obvio, pues, que la salud es, sin lugar a dudas, el aspecto más importante de la vida humana; de ahí que sea la salud y no la enfermedad el eje de toda política sanitaria.

Todos estos aspectos serían la base de todo sistema sanitario coherente, solidario, moderno y armonizado.

LA NECESIDAD DE UN NUEVO MODELO SANITARIO

La necesidad de racionalizar los recursos ya existentes, gestionar con eficacia y modernizar y actualizar los criterios, cambiar la filosofía tercermundista de un sistema sanitario que se centra fundamentalmente en la enfermedad, con una asistencia sanitaria “curativa” de carácter hospitalocentrista, es el reto más urgente que se le presenta a una sociedad moderna y democrática como es la española.

La Constitución española en su artículo 43 ya contempla esta nueva filosofía: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

Cambiar hacia la atención y promoción de la salud, crear una gestión única,

etc., solamente se podría conseguir con un Servicio Nacional de la Salud estatal, pero descentralizado a nivel de cada Autonomía, según las competencias de los respectivos estatutos.

El hecho de decantarse por este modelo estatista está claro y es acertado, dada la actual estructura de nuestra sanidad, prácticamente estatizada. Por otra parte, los datos proporcionados por la O.C.D.E. pueden resultar aclaratorios a la hora de decantarse por un sistema liberal a ultranza como el de EE.UU. o la R.F.A., o por un modelo de S.N.S. del Reino Unido y otros países europeos. Mientras EE.UU. emplea el 10% de su producto interior bruto (P.I.B.) al Reino Unido sólo le cuesta el 6,5%. Otro dato importante es que los americanos se gastan un 8% del presupuesto sanitario en gastos de farmacia, mientras que los ingleses no llegan al 3,2%. (España actualmente ocupa el quinto puesto en el escalafón mundial con un 22%).

En cuanto a gastos de administración, EE.UU. tiene un 4,7% de su presupuesto sanitario, mientras que el Reino Unido emplea el 0,9% (esto nos da una idea del índice de burocratización de uno y otro país).

Según los indicadores internacionales de salud EE.UU. ocupa la novena plaza, mientras que Inglaterra está en el cuarto lugar.

Prescindiendo de los datos, para no alargarnos demasiado, podríamos resumir que los sistemas sanitarios liberalizados (Alemania Occidental, Francia, EE.UU.) son más caros que aquéllos en los que existe un Servicio Nacional de la Salud (Reino Unido, Italia, Países Escandinavos). Es más, los aumentos en los costos son superiores en aquellos sistemas que en estos últimos, cuestión que reviste una mayor preocupación cuando se comprueba que estas alzas en los gastos no van acompañadas de un mejoramiento en los indicadores de salud de la población, que permanecen estacionarios. (La elección de un sistema liberal supondría un aumento de aproximadamente dos puntos en el actual porcentaje de gasto sanitario, que supone en la actualidad un 6% del P.I.B., con los consiguientes problemas de financiación que acrecentarían los ya existentes).

De lo que se desprende que los detractores del modelo de S.N.S. no lo hacen por criterios de eficacia y resultados sanitarios, sino más bien por razones ideológicas o políticas; pues está claro que a la hora de elegir, debemos

decidimos por lo mejor y lo más barato. No es una cuestión de ideología, es una cuestión de rentabilidad.

EL ANTEPROYECTO DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La Ley General de Sanidad tiene por objeto el desarrollo del artículo 43 y concordantes de la Constitución.

Así pues, el Gobierno socialista se ha decidido con buen criterio por la creación de un servicio Nacional de la Salud, como directriz sobre la que pivota toda la reforma del anteproyecto de la Ley General de Sanidad, que se presentó el 27 de diciembre de 1983.

Para llevar a cabo la experiencia española, se han tomado como modelos desde el original británico, creado en 1948 por el gobierno laborista inglés, hasta el más reciente S.N.S. italiano, imitado y modificado del inglés, por el gobierno de la democracia cristiana en 1975.

El S.N.S., que propone el Gobierno socialista, concentraría los servicios sanitarios bajo la responsabilidad de las comunidades autónomas y bajo los poderes de dirección y coordinación del Estado. De esta forma el S.N.S. se concibe como el conjunto de los S.N.S. de las comunidades autónomas: “En cada comunidad autónoma se construirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales infracomunitarias que estará gestionado como se indica en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva comunidad autónoma”. (Artículo 37.1 del capítulo II del Anteproyecto de la Ley General de Sanidad).

Este nuevo modelo acorde a nuestra realidad socio-política y económica, intenta superar los defectos observados en las experiencias británica e italiana, en las que se ha inspirado directamente, intentando no caer en el acusado centralismo que define al primero, ni tampoco en la estructura organizativa del segundo, que ha descargado sobre las administraciones locales un peso excesivo.

En esencia, puede decirse que el S.N.S. es un sistema que cambia el concepto sanitario actual, haciendo hincapié en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, abordando todo ello desde un punto de vista multifactorial (laboral, asistencial, eco-

nómico, social, etc.) que le da un carácter integral.

Los caracteres fundamentales del S.N.S. quedan sintetizados en el artículo 32 del presente anteproyecto:

- La extensión de sus servicios a toda la población.
- La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación.
- La integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- La financiación, a través de los presupuestos de las administraciones públicas."

Precisamente una de las deficiencias, a mi juicio, es el tema de la financiación, que no queda suficientemente aclarada. Es obvio que un S.N.S. que cubra a todos los ciudadanos debe sufragarse a costa de los Presupuestos Generales del Estado y no a partir de la Seguridad Social (S.S.). El anteproyecto reconoce el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, pero también reconoce que el derecho a la gratuidad de dichas prestaciones no va a ser inmediato sino paulatino, por razones de crisis económica.

Así pues, durante una larga fase de transición, la S.S. será una fuente importante de financiación para el S.N.S., si no la fundamental, y ello entrará en contradicción con la grave crisis financiera que en nuestro país tiene la S.S., y las dificultades que entraña una financiación de ésta sin una participación o fiscalización en la gestión de los fondos.

Referente a la organización, que conectaría las diferentes piezas que componen el S.N.S., el anteproyecto se asienta en un pilar orgánico; el Consejo Interterritorial de Sanidad, que sería el órgano que armonizaría los criterios de actuación de la conferencia estatal y autonómica, además de coordinar las distintas políticas sanitarias. Los otros dos pilares serían de carácter funcional: uno, la alta inspección, con una función de vigilancia, recogida de datos, corrección de deficiencias, etc., que se recoge en el capítulo IV del título II. El otro, el de la planificación sanitaria, que se desarrolla en todo el capítulo IV del título III del anteproyecto, es de destacar el aspecto innovador de ésta con la creación del Plan Integrado de Salud (artículo 65 y ss.) que integrará todos los planes de salud remitidos por las

comunidades autónomas. Lo que no se termina de entender claramente es el desarrollo de los programas, al fijarse unos plazos de limitación trienal.

El tema de la participación ciudadana es otro de los puntos oscuros que presenta el anteproyecto desde mi punto de vista. Está claro que si queremos que funcione el S.N.S. hay que implicar, de una forma activa, a toda la población, e integrar a la comunidad en los problemas de salud. El anteproyecto establece la participación solamente a nivel del Área de Salud.

Es importante resaltar que tanto la salud mental como la salud ocupacional tengan cada una de ellas un tratamiento específico en la Ley General de Sanidad. Ambas han sido tradicionalmente ejemplos paradigmáticos: La primera, de la marginación de unos enfermos discriminados de los demás; y la segunda, de la falta de consideración del ambiente laboral, donde el individuo pasa gran parte de su tiempo. No obstante, la salud mental sólo aparece esbozada, necesitando urgentemente una verdadera reforma psiquiátrica.

Las actividades sanitarias privadas quedan reflejadas en todo el título IV del anteproyecto, garantizándose el libre ejercicio de la profesión y de la empresa, según lo dispuesto por la Constitución en los artículos 35 y 36. En cuanto a establecimientos privados, necesitarán de una autorización expresa para su instalación, estableciéndose controles de funcionamiento y evaluaciones de sus actividades. En el caso de los conciertos de las instituciones privadas con el sector público, se harán a título de complementariedad con control, dándose prioridad a los que tengan un carácter benéfico-social.

El Título V hace referencia a las condiciones que han de cumplir los productos farmacéuticos, se establecen las normas necesarias para su registro, distribución, denominación, controles de nocividad, etc., correspondiendo al Ministerio de Sanidad y Consumo la facultad de valorar la idoneidad sanitaria de éstos, tanto para su circulación y uso, como para establecer los controles de calidad necesarios. Se prohíbe la publicidad de los productos farmacéuticos y se regula la dirigida a los profesionales; también establece que las oficinas de farmacia estarán sujetas a la planificación sanitaria, correspondiendo a la administración sanitaria la facultad de regulación tanto para su apertura como para su funcionamiento.

La investigación y la docencia se

plantea de una forma muy general a lo largo del Título VI. La primera se financiará estableciéndose un presupuesto anual mínimo del 1% de los presupuestos globales de salud. En cuanto a la segunda no cita a cargo de quién va a estar la formación continuada, y que lógicamente tendría que corresponder al S.N.S.

El anteproyecto también establece en el Título I, capítulo segundo, la libre elección de médico, dentro de un equipo con responsabilidad territorial delimitada que garantice una atención integral y continuada. (Artículo 12).

Por último, se crea el Instituto de Salud Carlos III (Título VII) como órgano de apoyo científico-técnico del departamento de Sanidad de la Administración del Estado, del Servicio Central de Salud y de los distintos Servicios de Salud de las comunidades autónomas. Se tratará de un órgano autónomo y quedará adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo (Artículo 98). Dentro de sus competencias quedan, entre otras, la sanidad ambiental, la epidemiología y los sistemas informativos, la farmacología y microbiología, la programación docente sanitaria, etc.

CONCLUSION

La presente Ley General de Sanidad —aún pendiente de tramitación y aprobación por las Cortes Generales— supone, sin lugar a dudas, una transformación de gran importancia de nuestro sistema sanitario. Parte de los presupuestos de la realidad sanitaria española, para alcanzar progresivamente una sanidad mejor, más racional y menos costosa.

Se cambia el concepto sanitario de cimonónico que rige actualmente y toma como eje de su política sanitaria LA SALUD en vez de la enfermedad. Establece un S.N.S. que integra todos los aspectos en materia de salud, con una gestión única sobre la base de la configuración autonómica del Estado, y dirigido a toda la población de una forma gratuita.

Se reconoce el derecho a la salud de la comunidad, fijando como objetivo fundamental la promoción y desarrollo de la misma.

Se crean los distintos sistemas de control de calidad, eficacia y flexibilidad necesarios.

Por último, se determinan con claridad cuáles son las características básicas y generales para todo el sistema sanitario, estableciendo el marco de actuación sanitaria.

MONTREAL (CANADA) 1984

LAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO SOCIAL

Elena Peláez Ochotorena*

Las referencias al contexto internacional son especialmente importantes en el momento actual, que se caracteriza por la intensidad y la frecuencia de las comunicaciones entre países y por el reconocimiento de la interrelación de todas las cosas que están sucediendo en nuestro mundo.

La política social ya no se puede considerar como algo independiente de la política económica. La economía de los países desarrollados está estrechamente relacionada con la economía de los países en desarrollo. Las acciones políticas y económicas de cada país afectan a todos los demás.

En las materias relacionadas con los derechos humanos, el desarrollo y el bienestar es muy necesario tener en cuenta esta interrelación.

En este sentido tiene interés llamar la atención sobre las Conferencias Internacionales de Desarrollo Social que han tenido lugar en agosto pasado en Montreal y sobre las tres organizaciones que las celebran.

Por primera vez en la historia de estas conferencias se han coordinado los esfuerzos y los recursos para que el Simposio de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), el Simposio de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y el Congreso del Consejo Internacional de Bienestar Social (CIBS) constituyesen una acción conjunta con el objetivo común del bienestar social.

FITS, AIETS, CIBS

Estos tres organismos internacionales, Organizaciones No Gubernamentales de Naciones Unidas, tienen, efectivamente, un fin común: el bienestar social, si bien FITS y AIETS tienen un campo más específicamente profesional.

Es de todos conocido que la Organización de Naciones Unidas tiene como finalidad mantener la paz y la seguridad

internacionales, promover y defender los derechos humanos y contribuir al desarrollo económico y social de los pueblos. También es muy sabido que integra a ciento cincuenta y dos estados y a varios organismos especializados, como UNICEF, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud.

Quizá es menos conocido que integra además a numerosas organizaciones no gubernamentales cuyos fines coinciden con los suyos.

Entre estas últimas están FITS, AIETS y CIBS.

La más joven de las tres, FITS, fundada en 1956 (aunque tiene su origen en el Secretariado Internacional Permanente de Trabajadores Sociales, que data de 1928), constituye el marco asociativo internacional de los trabajadores sociales, por medio del cual estos inciden en la acción social y en la política social internacional.

Está formada actualmente por asociaciones y colegios profesionales que representan al colectivo profesional de cuarenta y cuatro países y es la única Organización No Gubernamental que es miembro de Naciones Unidas exclusivamente en razón de la profesión a la que representa.

Presenta el punto de vista de la profesión en el ámbito internacional y contribuye a la realización de la planificación social, la acción social y los programas de asistencia de las organizaciones gubernamentales y voluntarias que actúan en el campo del bienestar social. Es el instrumento para obtener el consenso de los profesionales en asuntos sociales de significación internacional.

Tiende a promover el trabajo social como profesión por medio de la acción y de la cooperación internacionales. Uno de sus principales fines es impulsar los contactos entre trabajadores sociales de todos los países y facilitar medios para el debate y el intercambio de ideas. De ahí que una de sus actividades básicas

sea el simposio internacional que se celebra cada dos años.

AIETS es una comunidad internacional de escuelas de trabajo social que establece la comunicación entre educadores de diferentes países para desarrollar programas de formación relacionados con las necesidades de bienestar social en el mundo. Aporta los puntos de vista de los educadores de Trabajo Social en los asuntos relacionados con el bienestar social y con la formación.

Habida cuenta de la coincidencia de sus fines y en la línea de la necesidad sentida en todo el mundo de una integración más profunda entre la teoría y la práctica profesional, desde 1982 estas dos organizaciones celebran conjuntamente sus simposios internacionales, con un tema común que se presenta en la sesión plenaria de apertura y sesiones de trabajo separadas para el tratamiento específico del tema desde el punto de vista propio de cada organización. Se pone especial interés en estimular el intercambio entre los educadores y los que están en la práctica de la profesión. La sesión de clausura también es conjunta y en ella se trata de poner en común las conclusiones a las que se ha llegado por el trabajo separado de ambas organizaciones.

CIBS representa y agrupa a organismos públicos y privados de bienestar social a escala mundial. Está constituido por setenta y seis comités nacionales y veinticuatro organismos internacionales dedicados al bienestar y al desarrollo.

Sus objetivos son fomentar y promover el desarrollo del bienestar social, estimular la preocupación por los

* Vicepresidenta de la Junta de Gobierno del Consejo General de Asistentes Sociales. Asistió como representante del Consejo General a las Conferencias Internacionales de Desarrollo Social, celebradas en Montreal (Canadá), en julio-agosto del presente año.

problemas sociales y compartir el conocimiento, la experiencia y la información en materias sociales.

Su congreso internacional bienal coincide en el lugar con los simposios de FITS y AIETS, y se celebra inmediatamente después con un tema afín.

“La Supervivencia y el Desarrollo. Opciones y Responsabilidades. Desafíos para el Trabajo Social”

Este ha sido el tema elegido por FITS y AIETS para sus simposios de 1984. Una de las razones que han determinado esta elección ha sido la preocupación de los trabajadores sociales ante el alarmante aumento de problemas psicológicos, sociales y económicos a los que tienen que hacer frente cada día. Por razón de su práctica profesional, los trabajadores sociales están en posición de conocer, a niveles individuales y comunitarios, las consecuencias que tiene en la vida de las personas los factores externos producidos por la crisis mundial. El trabajo social tiene como consideraciones fundamentales el valor de la vida humana, la dignidad del individuo y el mejoramiento de las condiciones de vida. Parece que en el momento actual el respeto a estos valores no es sólo materia de desarrollo social, sino que es una necesidad práctica para la supervivencia. El hambre, las enfermedades y la violencia amenazan a las sociedades en desarrollo y a las desarrolladas. Los ciudadanos de todos los países están constantemente expuestos a la amenaza de extinción física debido a guerras, violencia y desigualdad social y económica producidas por discriminaciones ideológicas, religiosas, raciales y sexuales. En las sociedades donde la supervivencia no es un problema directo, la violación de los derechos humanos impide vivir con dignidad personal. Estas consideraciones llevaron al convencimiento de que las amenazas al futuro de la humanidad son reales y al sentimiento de la urgencia de tratar de hallar alternativas.

En los trabajos de ambos simposios se han pretendido identificar los aspectos fundamentales del tema, de forma que permitiera interpretarlos ampliamente, para tratar de entender los aspectos fundamentales de la situación a la que se enfrenta la humanidad, con el propósito de deducir orientaciones para la acción profesional. No se han querido abarcar todos los posibles aspectos, sino que se han elegido tres

series de cuestiones importantes, como subtemas para la reflexión y el análisis.

Estos han sido:

1. Los aspectos y problemas relacionados con los cambios en las estructuras familiares.

2. Los aspectos y problemas relacionados con el desequilibrio ecológico.

3. Los aspectos y problemas relacionados con el impacto social de la nueva tecnología.

Los trabajos del simposio se enfocaron a clarificar la relación entre estos problemas generales y las situaciones de crisis experimentadas por los individuos, grupos y comunidades que son atendidos por trabajadores sociales.

Para llegar gradualmente a una clarificación, se procuró llegar a un diagnóstico general de la crisis, tratando de identificar las situaciones críticas más específicas y los recursos diferenciales que pueden ser movilizados según los distintos niveles de desarrollo económico.

Se cuidó especialmente de no perder de vista las semejanzas y diferencias en los problemas sociales a los que se enfrentan los países industrializados por una parte y los países en desarrollo por otra. Para obtener una visión de la crisis según los esquemas culturales occidentales, así como según los esquemas culturales orientales, hubo en todas las sesiones ponentes que representaban a países de cada uno de estos ámbitos culturales.

Las ponencias estuvieron basadas en el estudio y la investigación de situaciones concretas, enfocadas en términos de las elecciones críticas que comportan para los trabajadores sociales, así como para personas con poder político y ciudadanos con deseo de implicarse en estas cuestiones.

Subtema 1

Los cambios en las estructuras familiares

Se analizó cómo las estructuras familiares están sujetas a factores de disolución y cambio por la industrialización y los movimientos demográficos de masas, entre otros. Se constataron las modificaciones que se producen en los roles familiares por causa de los cambios en los sistemas de valores. (Concepto de las relaciones entre hombres y mujeres, cambio en las creencias religiosas, práctica del control de la natalidad).

Se estudió específicamente cómo estos cambios han afectado a la vida social de los ancianos y a las relaciones entre esposos y entre padres e hijos.

En este aspecto se destacó que según el grado de industrialización de los países, actualmente coexisten familias que han permanecido tradicionales, familias en proceso de cambio y familias que han adoptado nuevas formas.

Se abordó también el fenómeno de la desigualdad entre hombres y mujeres, especialmente el problema universal de la dominación masculina.

En las sesiones de trabajo se estudiaron las manifestaciones de este problema en las culturas occidentales y en las orientales y las repercusiones que se detectan en el desarrollo y en la socialización de los niños.

También se analizaron las repercusiones de los cambios radicales que se están produciendo en las estructuras familiares en relación con las conductas de los jóvenes.

Dado que la crisis familiar se sitúa en el contexto de la crisis económica mundial, se recogió el aspecto del paro juvenil, que produce en los que lo padecen un sentimiento de inutilidad social prolongada.

A este respecto se examinaron los efectos de esta prolongada inutilidad social en la salud mental de la juventud como causa de su dificultad para integrarse en el modelo social existente.

Se señaló el peligro de que se pueda producir una generación entera de adultos psicológica y socialmente desequilibrados.

Se presentaron estudios comparativos de problemas juveniles en familias de tipo nuclear y en familias extensas, que perduran en países en vías de desarrollo.

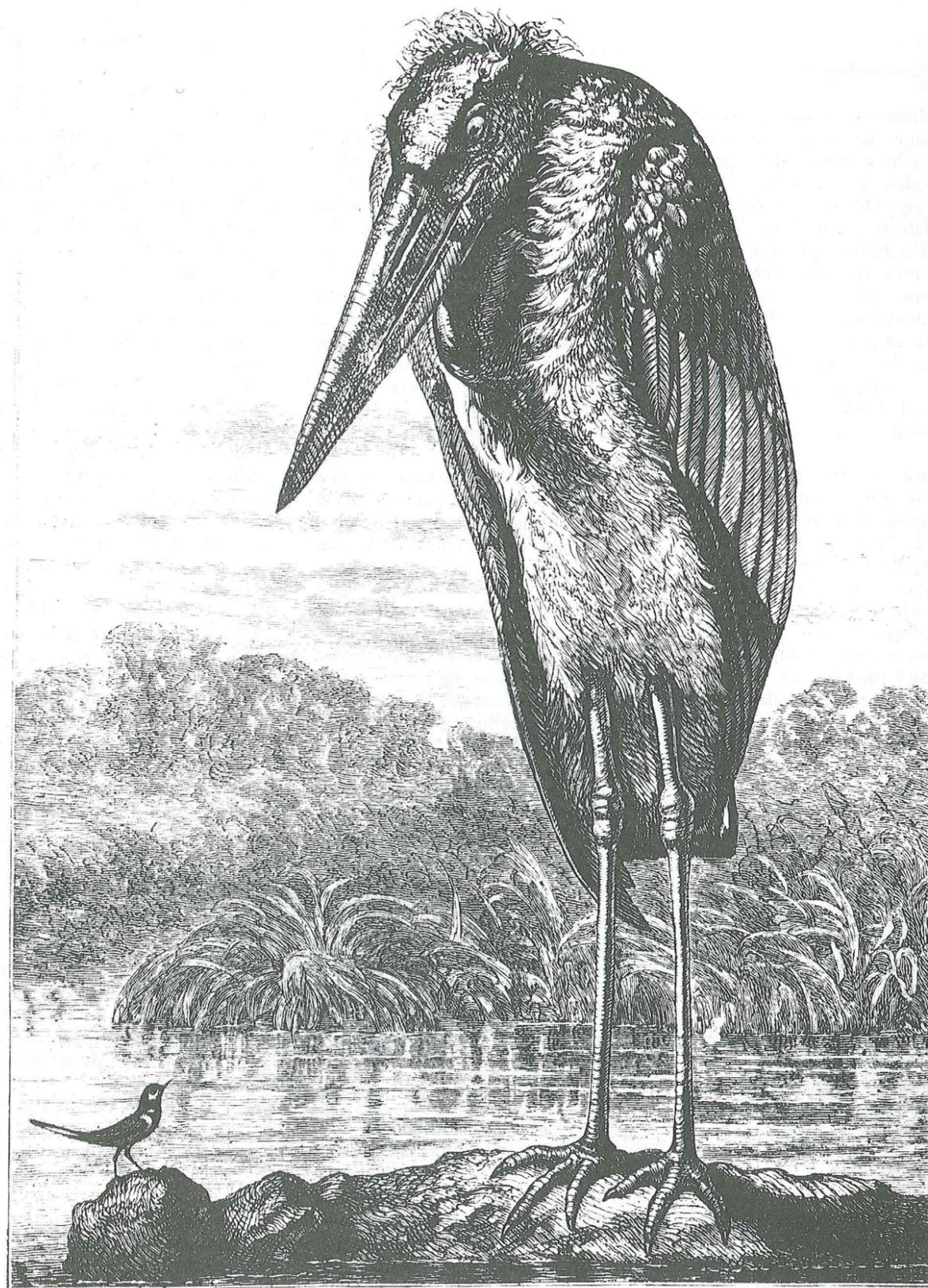
Los efectos de la crisis familiar contemporánea en la situación de las personas ancianas, se estudiaron comparando el caso de las sociedades industrializadas en las que la vida social está organizada en función de la división del trabajo industrial y aquellas donde aún existen las familias extensas en las que conviven tres generaciones.

En las primeras ha desaparecido el rol de los ancianos y se tiende a ingresarlos en instituciones.

En las segundas se están enfrentando al proceso general de urbanización e industrialización.

De ambos tipos de sociedad deberán surgir nuevos modelos para el cuidado de los ancianos.

Se definieron las implicaciones de estos cambios en términos de corrección o introducción de nuevas políticas sociales y legislativas, y de urgencia de la materialización de programas sociales que respondan más eficazmente a las nece-



Ernest - Griset - 1881

sidades y a la solución de los problemas sociales creados por los cambios en las estructuras familiares.

Subtema 2

El desequilibrio ecológico

Se estudiaron los problemas del medio ambiente desde las diferencias culturales y económicas entre países industrializados y países del Tercer Mundo, dirigiendo la atención hacia los imperativos económicos de la producción industrial que han llevado a una excesiva y equivocada explotación de los recursos naturales y a unas relaciones internacionales conflictivas y competitivas en política y en economía.

Se trató de definir las elecciones críticas que deben hacerse para recuperar la calidad de vida y evitar llegar a una destrucción irreversible del medio ambiente.

Se debatió la cuestión de las relaciones entre países pobres y ricos, que han imposibilitado una distribución equitativa de los recursos y productos alimenticios. Este problema constituye una gran preocupación para los trabajadores sociales, que tienen que asistir a individuos que padecen de hambre o desnutrición, al mismo tiempo que son llamados para participar en la planificación socioeconómica a niveles locales, nacionales e internacionales.

Se concluyó que es responsabilidad de los trabajadores sociales despertar la conciencia colectiva en este área y examinar la estrategia a seguir para cambiar actitudes y desarrollar nuevos campos de acción práctica.

Se demostró con ejemplos que a pesar de la disparidad y cantidad de las fuerzas existentes los trabajadores sociales pueden actuar para desarrollar la conciencia colectiva de estos problemas y para influir en los poderes públicos con el fin de lograr una legislación que permita una explotación más racional de los recursos naturales, respondiendo a las necesidades inmediatas, pero sin poner en peligro a las generaciones futuras.

Subtema 3

El impacto social de la nueva tecnología

En esta materia se prestó especial atención a la definición de lo que se entiende por nueva tecnología, sobre todo en las áreas de las comunicaciones, transporte, robotización de las indus-

trias, energía nuclear, ciencias médicas, trabajo industrial y administrativo y agricultura.

Se estudiaron sus efectos en las relaciones entre personas (relaciones sociales en el lugar de trabajo, relaciones entre personas de diferentes generaciones, relaciones familiares). Se manifestó una gran preocupación por el peligro que corre el derecho a la intimidad de la vida personal por el control y publicación de información por parte de gobiernos que poseen gran cantidad de datos registrados que pueden ser fácilmente transferidos.

Se profundizó especialmente en el impacto social de la introducción de nuevas tecnologías en las escuelas y en los lugares de trabajo. Se aportaron ejemplos de problemas de aprendizaje y adaptación en las escuelas con la introducción de equipos electrónicos y de computación en los métodos de enseñanza.

También se presentaron estudios sobre el impacto de la automatización de las industrias en la conducta social y en el equilibrio psíquico de los trabajadores.

Si bien el cambio tecnológico en los países desarrollados ofrece ventajas que contrapesan sus inconvenientes, se aportaron datos sobre los efectos desastrosos que está teniendo en los países en vías de desarrollo, en los que no se trata de una transición gradual de una era industrial a una era tecnológica, sino de un auténtico choque cultural y económico.

En consecuencia, apareció claramente la necesidad de elegir vías de acción preventiva para evitar que el cambio tecnológico cause deterioro psíquico e incapacidad de los individuos para integrarse en la sociedad.

Los propios avances de la tecnología permiten tomar conciencia del fenómeno del cambio en el momento en que se está produciendo.

Por tanto, se concluyó que es posible definir las principales políticas y medidas preventivas que hay que instrumentar para evitar los efectos perjudiciales de este fenómeno.

Es necesario, por otra parte, que los trabajadores sociales analicen la eficacia de los métodos de tratamiento existentes para atender las necesidades y problemas producidos por el cambio tecnológico y que desarrollen nuevos modelos de práctica profesional para proporcionar prevención y asistencia.

Los tres subtemas y el estudio específico de algunos de sus aspectos se trataron a lo largo de cuatro días de

simposio y se resumieron en una sesión final con el tema: "Las contradicciones del mundo contemporáneo en el contexto de la profesión de Trabajo Social", para tratar de las orientaciones más importantes que debe seguir la profesión frente a los problemas contemporáneos. Como puntos esenciales, se citaron las contradicciones en las políticas y en las actitudes de líderes y ciudadanos en relación con los principales problemas de nuestra época y los dilemas a los que se enfrenta la profesión, para definir sus prioridades de acción en respuesta a las necesidades sociales individuales y colectivas.

Se reconoció que el Trabajo Social en el mundo actual se ha convertido en una práctica altamente institucionalizada. Se efectúa de acuerdo con la política social desarrollada por los gobiernos para que los individuos y las comunidades se responsabilicen de sí mismos y se enfrenten a los problemas resultantes de las propias contradicciones de la sociedad en la que viven.

En esta sesión final se analizó la extensión de la institucionalización de los servicios sociales y se examinaron las condiciones bajo las cuales están surgiendo métodos de práctica alternativos en relación con las responsabilidades de la comunidad hacia los problemas de los individuos y de las familias.

De todo esto se dedujo la necesidad de una reforma de los programas de formación en Trabajo Social. Esta reforma es imprescindible si los trabajadores sociales van a tener que aplicar los nuevos métodos de práctica que exigen las presentes circunstancias.

"Bienestar Social en un mundo en crisis. Percepciones y responsabilidades"

Con un enfoque más generalista aparece en la elección del tema del congreso del Consejo Internacional de Bienestar Social la misma preocupación que en los simposios que le precedieron: las consecuencias de la crisis mundial en la vida de las personas.

Los trabajos del congreso se orientaron a analizar la naturaleza y envergadura de la crisis, con el fin de debatir posibles soluciones y planificar líneas de acción.

Se analizaron los aspectos esenciales de las condiciones actuales del mundo desde el enfoque del bienestar social, utilizando este término en su sentido más amplio.

Como material de trabajo se dieron datos y comentarios sobre el estado

actual de la carrera de armamentos, la salud, la educación, la vivienda, los alimentos, la pobreza, el empleo, la seguridad social y los derechos humanos.

Con esta base se planteó el gran interrogante del congreso. Dados estos problemas sociales y económicos conocidos por todos ¿qué hacer para reducir su gravedad y qué soluciones aplicar cuando ello sea factible?

La naturaleza interdependiente de estos problemas indica la necesidad de una perspectiva internacional. En este sentido habrá situaciones para las que se pueda conseguir una acción internacional concertada, lo que no

quiere decir que deban descuidarse las acciones a nivel de cada país.

Con este planteamiento, los catorce foros de debate, que constituyeron la actividad más importante del congreso, versaron sobre cuestiones de cambios socioculturales, alternativas económicas, revolución tecnológica, dilemas demográficos, situación crítica del medio ambiente, tecnocracias políticas y organizativas, necesidades y derechos de los niños, futuro de los jóvenes, problemas de los ancianos, supervivencia de la familia, afirmación feminista, desarraigo y migración, discriminación y segregación e integración de los minusválidos.

Este repaso a los problemas del mundo no fue satisfactorio ni tranquilizador. Para esta clase de situaciones no hay soluciones fáciles ni rápidas. Es cierto, sin embargo, que existe hoy una comprensión más profunda y generalizada de la gravedad de la cuestión.

En el congreso se trató de hallar si no respuestas, al menos estrategias para atacar algunos problemas.

Y se intentó, sobre todo, despertar la conciencia de que en el mundo de hoy todas las situaciones están interrelacionadas y de que las consecuencias afectan a todos y son responsabilidad de todos.



LA PROTECCION SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Balbino Pardavila*

I. INTRODUCCION

El sistema de Protección Social en los Estados Unidos de América presenta una complejidad considerablemente superior a la del sistema español. En efecto, junto a un régimen general de protección pública basado en una cobertura de los casos de jubilación, invalidez o desempleo, así como unas prestaciones sanitarias mínimas a las capas desfavorecidas de la población, coexiste la iniciativa privada y descentralizada. Una protección social privada que juega un papel esencial y de primera línea en materia de seguros sanitarios y de pensiones complementarias a las públicas.

La crisis conocida actualmente por el sistema de protección social estadounidense resulta por contra parecida a la de España y al resto de los Estados occidentales. Menores ingresos, aumento de costos por razones demográficas y económicas, la evolución de los comportamientos sociales, constituyen características definidoras de la crisis.

Este trabajo no pretende, ni puede, debido a su reducida extensión, explicar en detalle un sistema tan complicado de protección social como el de los Estados Unidos de América. Su única intención consiste en mostrar al lector los rasgos generales del sistema de una forma panorámica y global.

Pensamos que otros países europeos ofrecen modelos más coherentes, simplificados y justos de protección social, dignos de imitación e implantación en

el Estado español. Modelos que suponen el reconocimiento del derecho social de los ciudadanos a la cobertura pública de sus necesidades básicas. Valorando la situación socioeconómica que atraviesa nuestro país, en un contexto mundial de cambios acelerados, creemos, sin embargo, que resulta de alto interés conocer el sistema de protección social del país capitalista por excelencia, los Estados Unidos, primera potencia del continente americano y del mundo, para analizar comparativamente los derroteros seguidos por el sistema de protección social propio. Además, la protección social es, quizás, uno de los aspectos

menos conocidos de la realidad estadounidense en España.

El contenido del artículo se divide en dos partes: la descripción de la seguridad social en sentido amplio, dirigida principalmente a los sectores activos de la población; y una segunda parte que desarrolla el sistema asistencial, "welfare". El estudio de la "crisis" del sistema de protección social estadounidense y los diversos intentos de reforma efectuados o por efectuar lo posponemos a otra ocasión.

* Coordinador general de la Revista de Servicios Sociales y Política Social.

CUADRO N.º 1.— INDICADORES SOCIOECONOMICOS COMPARATIVOS

INDICADOR	Estados Unidos	España	Egipto	Níger
1. Superficie en Km. ² . . .	9.363.000	505.000	1.001.000	1.267.000
2. Población miles de habitantes en 1981	229.807	37.973	43.290	5.704
3. Densidad hab./Km. ² . . .	24,54	75,19	43,24	4,50
4. Esperanza de vida al nacer en 1981, en años	75	74	57	45
5. % población urbana en 1981	77%	75%	44%	13%
6. Tasa alfabetización de adultos	99%	no disp.	44%	10%
7. PNB millones de dólares 1981	2.946.020	214.300	28.160	1.890
8. PNB "per cápita" dólares 1981	12.820	5.614	650	330
9. Consumo energía (kgs. eq. carbón 1980).	11.626	2.944	595	54

Fuente: Atlas Banco Mundial, 1983. Informe sobre el desarrollo del Banco Mundial, 1983.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA HISTORIA DE LA PROTECCION SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS

- 1917 Creación del Programa "Veterans Compensation" (pensiones a los antiguos combatientes y sus familias).
- 1920 Creación del programa "Workers Compensation" (destinado a los funcionarios federales).
- 1935 Promulgación de la "Social Security Act". Son creados los programas OASI (pensiones de jubilados), UI (seguro de desempleo) y AFDC (prestaciones a las familias de bajos ingresos con niños a su cargo).
- 1950-60 Extensión progresiva de la cobertura social.
- 1956 Creación del programa "Disability Insurance" (pensiones de invalidez).
- 1961 Primeras experiencias con el programa "Food Stamps".
- 1965 Creación de los programas "Medicare" (reembolso de gastos médicos y hospitalarios a las personas ancianas e inválidas); "Medicaid" (asistencia médica a las personas con bajos ingresos) y "Pell Grants" (para estudiantes).
- 1972 Se instituye a nivel federal el programa "SSI" (subsídios de supervivencia).
- 1975 Inicio del déficit de la Seguridad Social.
- 1977 Se efectúan diversas reformas de la Seguridad Social para intentar disminuir el progresivo y grave déficit.

II. LA SEGURIDAD SOCIAL EN SENTIDO AMPLIO

La seguridad social, en sentido amplio, en los Estados Unidos de América se basa fundamentalmente en la "Social Security Act" y consta de cuatro programas principales, además de otros de importancia menor.

Estos cuatro programas son:

- A. Las pensiones de jubilación.
- B. Las pensiones de invalidez.
- C. La asistencia sanitaria para los pensionistas.
- D. El seguro de desempleo.

II.1.A. LAS PENSIONES DE JUBILACION. Programa OASI: "Old-Age and Survivors Insurance".

Creado en el año 1935, protege en la actualidad a cerca de un noventa por ciento de la población activa de los Estados Unidos, unos 116 millones de cotizantes.

La cuantía de la pensión se calcula en base al número de años cotizados y al salario medio interprofesional. Para optar a la pensión OASI un trabajador debe justificar unos ingresos mínimos anuales de 340 dólares a partir del año 1950, o si es joven, desde que haya cumplido 21 años. Asimismo, está asegurada una cobertura total y permanente a aquellos que hayan trabajado durante diez años.

El programa OASI, beneficiaba en el año 1981 a cerca de 32 millones de pensionistas, siendo de ellos 20 millones los trabajadores concernidos.

En diciembre del mismo año la pensión mensual media alcanzaba 386 dólares para un pensionista solo y 642 dólares para un matrimonio de pensionistas.

La cuantía de las pensiones OASI es calculada sobre el salario obtenido como trabajadores en activo. Un cincuenta por ciento de los pensionistas han suscrito anteriormente pólizas de seguro privadas para obtener así una prestación complementaria.

No puede solicitarse la prestación del programa OASI antes de cumplir los 62 años.

CUADRO N.º 2.— EVOLUCION DE LOS GASTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Año civil	OASDI	HI (2)	SMI (2)	TOTAL
1940	(1)			(1)
1950	1,0			1,0
1960	11,8			11,8
1970	34,7	5,3	2,2	42,2
1975	64,3	11,6	4,7	80,6
1980	123,6	25,6	11,2	160,4
1981	144,4	30,7	14,0	189,1

(1) Menos de cien millones de dólares.

(2) Partes A (HI) y B (SMI) del programa "MEDICARE"

Fuente: "Trustees Reports", desde 1946.

La financiación de los fondos OASI se realiza a partes iguales entre el empresario y el trabajador. Los trabajadores autónomos disponen de una reglamentación especial.

Las pensiones privadas complementarias

Las pensiones privadas se fundan sobre el principio de capitalización, a la inversa de sus homólogas públicas y se basan en acuerdos contractuales entre los empresarios y sus asalariados.

En los Estados Unidos ninguna ley impone la existencia de planes privados de pensiones en las empresas. La Ley sobre la "Seguridad de Ingresos de los Trabajadores Jubilados", promulgada en el año 1974, únicamente estipula las condiciones mínimas a cumplir por un plan de pensiones privado para acogerse a las ventajas fiscales que ofrece el Gobierno.

El porcentaje de asalariados del sector privado no agrícola beneficiado por planes de pensiones privadas ha evolucionado desde un 14,5 por ciento en el año 1940; un 25 por ciento en 1950; un 40,8 por ciento en 1960; un 45,1 por ciento en 1970; un 48,6 por ciento en 1975 y un 51 por ciento en 1979. Diversos estudios realizados consideran el último porcentaje citado como máximo techo de cobertura alcanzable.

Un 78 por ciento de los empleados representados por sindicatos en las negociaciones colectivas se benefician de seguros complementarios privados, contra un 40 por ciento de aquellos trabajadores que no lo están.

Por categorías profesionales, los cuadros superiores presentan un índice

mayor de cobertura (61 por ciento), seguidos por los cuadros medios (61 por ciento) y los obreros (54 por ciento).

Los fondos para las pensiones privadas se financian íntegramente por el empresario en un 91 por ciento de los planes, no superando el 10-15 por ciento de aportación por parte del trabajador en ningún caso.

Para el cálculo de la cuantía de la pensión se valora siempre los años de servicios en la empresa y normalmente el salario recibido durante el desempeño del trabajo.

II.1.B LAS PENSIONES DE INVALIDEZ

Pensiones públicas: "Disability Insurance" (D.I.)

El programa D.I. fue creado en el año 1956. Para ser beneficiario del mismo es necesario justificar una invalidez física que haya impedido ejercer cualquier actividad laboral durante un plazo superior a los doce meses y, excepto para los jóvenes y los ciegos, haber cotizado durante un mínimo de cinco años.

En noviembre de 1981 el nivel medio de la pensión de invalidez ascendía a 803 dólares; en junio de 1981 existían alrededor de 4,5 millones de pensionistas, siendo 2,8 millones trabajadores inválidos.

Los complementos de invalidez privados

En el caso de padecer una invalidez física de larga duración, un 82 por ciento de los cuadros superiores, un 72 por ciento de los empleados de oficina y un 33 por ciento de los "cols bleu" tienen derecho a beneficiarse de una pensión de invalidez privada.

Actualmente la tendencia respecto al financiamiento de los fondos de las pensiones privadas de invalidez se dirige a la asunción por parte del empresario de los costos de las cotizaciones. Para los tres grupos de trabajadores indicados en el apartado de pensiones de jubilación privadas la financiación por parte del empresario resulta total en un 56 por ciento, 59 por ciento y 64 por ciento de los casos.

Al igual que en el sistema público resulta necesario justificar un período de tiempo no trabajado por incapacidad. Este período de tiempo oscila entre los seis y los doce meses habitualmente.

CUADRO N.º 3.— EVOLUCION DE LOS GASTOS SANITARIOS (Públicos y privados)

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1981	1982
Cuantía en miles de millones de dólares	12,7	17,7	26,9	41,7	74,7	132,7	249,7	286,6	321,4

II.2.A. LA ASISTENCIA SANITARIA PUBLICA: PROGRAMA MEDICARE

El programa "MEDICARE" fue instaurado por el presidente L. B. Johnson en 1965, en el marco de intento de construcción de la "Gran Sociedad" estadounidense. Intenta proteger a las personas jubiladas o inválidas de los continuos incrementos de los gastos de salud.

El programa "MEDICARE" consta de dos partes:

La parte A, denominada **Hospital Insurance: HI**, cubre gastos parciales y razonables de hospitalización. Son beneficiarios gratuitos los pensionistas de jubilación (programa OASI) y los de invalidez (programa DI) que acrediten al menos un mínimo de dos años en tales condiciones. Toda persona mayor de 65 años puede adherirse al programa HI pagando una cuota mensual que en junio de 1982 ascendía a 113 dólares mensuales. En el caso de hospitalización el enfermo se encuentra obligado a participar en los gastos por una cuantía máxima de 260 dólares durante los primeros sesenta días de internamiento.

Tratándose de una estancia en "Residencia de Convalecencia", el enfermo debe abonar 32 dólares y medio diarios a partir del 21 día.

La parte B del programa MEDICARE recibe el nombre de "**Supplementary Medical Insurance**": SMI. Reembolsa a

los beneficiarios hasta un 80 por ciento de los gastos "razonables" ocasionados por el disfrute de diversas prestaciones sanitarias, como por ejemplo:

- Los servicios de practicantes independientes.
- Exámenes radiológicos, diálisis, renales, tratamiento por rayos, ciertas prótesis...

Se encuentran excluidas prestaciones como los exámenes de chequeo, los medicamentos, las gafas y reconocimientos ópticos, tratamientos odontológicos...

Para afiliarse a la parte B del programa MEDICARE debe abonarse una cuota mensual y ser mayor de 65 años o inválido.

Como hemos dicho anteriormente, el programa MEDICARE, especialmente en la parte B, no reembolsa más que los gastos razonables efectuados por los enfermos. Para ello, diversos organismos públicos o privados, federales o locales siguiendo normas y baremos establecidos por el Gobierno Federal, son seleccionados por los hospitales para el control y examen de los gastos efectuados por cada paciente, antes de proceder a efectuar los pagos.

Costes y financiación del programa

El subprograma HI se financia de forma análoga a los fondos OASI y DI por medio de las cotizaciones obli-

CUADRO N.º 4.— EVOLUCION DE LOS GASTOS FEDERALES RELATIVOS AL PROGRAMA MEDICARE

	(en millones de dólares corrientes)				
	1970	1975	1981	1982 (e)	1983 (e)
Parte A	4.953	10.611	29.248	34.280	39.241
Parte B	2.196	4.170	13.240	15.520	17.858
Total	7.149	14.781	42.488	49.800	57.099

(e) estimaciones

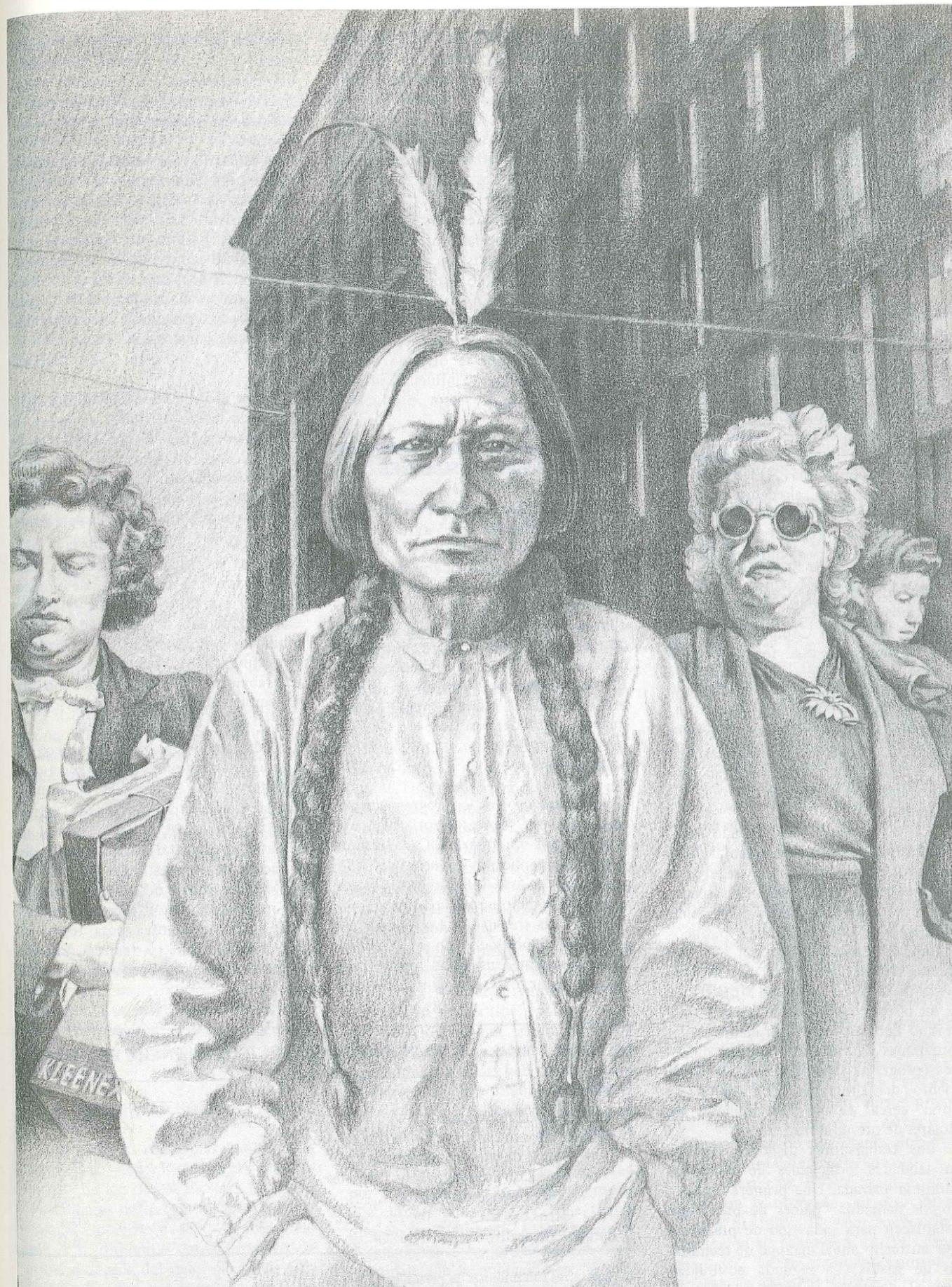


Ilustración de Francisco Solé

gatorias de los empresarios, empleados y trabajadores autónomos. Otros ingresos los constituyen las cuotas de los afiliados voluntarios.

La parte B: SMI, se financia a través de las cotizaciones de los beneficiarios y mayormente (un 75 por ciento) a cargo de partidas presupuestarias del Gobierno Federal.

A pesar de la corta existencia del programa MEDICARE se ha convertido ya en uno de los programas sociales más costosos para el presupuesto federal.

II.2.B. LA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

La protección sanitaria pública cubre los gastos únicamente de las personas incluidas en el programa MEDICARE y, como examinaremos posteriormente, de las personas "pobres o necesitadas" a través del programa MEDICAID. La población restante, alrededor de un 75 por ciento del total, debe acogerse a la protección sanitaria privada, negociada en el marco de las empresas por los trabajadores activos.

En los Estados Unidos coexisten dos tipos principales de protección sanitaria privada: Las Compañías de Seguros, organismos que reembolsan los gastos médicos efectuando transferencias entre las empresas y el sistema sanitario privado ("corps medical"); y las Asociaciones de la "Cruz Azul", especializada en prestaciones hospitalarias, y el "Escudo Azul". Ambas prestan servicios sanitarios a cambio de unas cotizaciones.

La "Cruz Azul" y el "Escudo Azul" constituyen la pieza fundamental de los sistemas estadounidenses de seguros de enfermedades. En el año 1979 aseguraban a cerca de 86 millones de personas. Respecto a los programas públicos, trataban conjuntamente un 78 por ciento de las solicitudes de asistencia de la parte A del programa MEDICARE y un 60 por ciento de la parte B. Así mismo cubrían un 76 por ciento de los programas de asistencia sanitaria militares (programa CHAMPUS) y un 4 por ciento del programa MEDICAID. En total cerca de 45.000 millones de dólares de presupuesto.

Los trabajadores disponen de dos modalidades principales de cobertura sanitaria privada. Una primera consiste en los llamados "planes de base" que establecen para cada tipo de prestaciones un techo anual máximo de reembolso de gastos. La segunda posibilidad general, denominada "planes globales",

reembolsa al beneficiario de la totalidad de los gastos. Frecuentemente los "planes globales" adoptan una forma mixta. Coexisten unos gastos básicos cubiertos totalmente por el "plan" con un tramo de gastos pagados únicamente por el empleado. Por último, todo gasto que supere unos límites establecidos vuelve a ser cubierto por el "plan".

En las pequeñas empresas, el empresario financia normalmente un 80 por ciento de los gastos de cotización de los empleados y un 50 por ciento de los de sus familiares. En otros sectores productivos los porcentajes se reducen. Las relaciones entre lo que paga el empresario y el trabajador se originan básicamente por la diferente influencia sindical existente en cada sector productivo.

II.3. LOS SEGUROS DE DESEMPLEO UNEMPLOYMENT INSURANCE: UI

II.3.A. LA PROTECCION PUBLICA DEL DESEMPLEO

Este tipo de seguros públicos se crearon en el año 1935, en el contexto de una profunda recesión económica y cubren en la actualidad a 87 millones de trabajadores, un 97 por ciento de los asalariados de los Estados Unidos. Constituye un conjunto de cincuenta programas de ámbito estatal, supeditados a unas normas federales.

La financiación

La financiación de los programas recae principalmente sobre las cotizaciones a cargo de los empresarios. Cada Estado de la Unión aplica un impuesto del 3,51 por ciento a los 700 primeros dólares anuales de salario pagado por los empresarios a cada trabajador. Los fondos recaudados, depositados en el "Federal Unemployment Trust Fund", se utilizan para financiar los gastos administrativos

CUADRO N.º 5.— EL PARO EN ESTADOS UNIDOS EN ENERO DE 1983 (1)

Número	
Número total de parados	12,5
Beneficiarios del seguro de desempleo	6,5
— Benef. de programas estatales	4,9
— Benef. de complementos federales	1,1
— Con prórroga de seguro	0,4
— Otros casos	0,1
Parados sin seguro	6,0

(1) Las cifras son millones de personas.
Fuente: Morgan Garanty Survey, New York, mars 1983.

federales y locales, un cincuenta por ciento de la cuantía de las prestaciones complementarias y los posibles préstamos de tesorería a los Estados que no alcanzan a sufragar sus gastos de desempleo.

Además de la anterior cotización empresarial con destino a los fondos federales, cada Estado fija cotizaciones empresariales destinadas a financiar programas básicos de cobertura y el restante 50 por ciento de las prestaciones complementarias. Estos porcentajes contributivos alcanzan un nivel medio del 2,4 por ciento de la base imponible de cada trabajador que oscila habitualmente entre los siete y los diez mil dólares.

Entre el primero de abril de 1980 y el 31 de marzo de 1981, el seguro de desempleo cubrió a 87,3 millones de trabajadores cotizantes, con una masa salarial bruta de 1.252.000 millones de dólares que implicaba una base imponible de 472.000 millones de dólares.

Aunque los Estados de la Unión fijan las condiciones concretas para beneficiarse del seguro de desempleo, suele ser común a todos los Estados el exigir al parado la capacidad y disponibilidad para trabajar; la realización de esfuerzo "razonables" para lograr un trabajo y el no rehusar ofrecimientos de empleo equivalentes o superiores al trabajo cotidiano desempeñado.

Cada Estado Federal establece las prestaciones máximas otorgables a cada solicitante del Seguro de desempleo. En la mayoría de los Estados el seguro garantiza de un cincuenta a un setenta por ciento del salario medio. La duración de la prestación depende del período trabajado o del salario percibido, excepto en diez Estados que aplican una duración idéntica para todos los demandantes. En 43 Estados la duración máxima del seguro de desempleo es de seis meses.

II.3.B. LA PROTECCION PRIVADA DEL DESEMPLEO

Los planes de cobertura privados de desempleo generalmente exigen la previa extinción del contrato de trabajo y una antigüedad mínima de seis años en la empresa. Con las condiciones descritas un 58 por ciento de las grandes empresas de los Estados Unidos de América conceden indemnizaciones que oscilan entre 13 y veinte semanas de salario del trabajador. Algunas grandes empresas, principalmente de los sectores siderúrgico y del automóvil, disponen de planes de cobertura de una amplitud mayor.

II.4. OTROS PROGRAMAS

II.4.1. "VETERANS CONPESATIONS"

Este programa, creado en el año 1917, distribuyó a cargo de los presupuestos del Gobierno Federal una cantidad superior a los siete mil millones de dólares, en el año 1980, a los antiguos combatientes y sus familias. La pensión media se elevaba a 2.692 dólares no imposables incrementado según el índice de coste de vida cada año.

II.4.2. "BLACK LUNG"

Instituido en el año 1969, este programa protege las posibles enfermedades pulmonares de 400.000 mineros aproximadamente. Con un presupuesto cercano a los 1.800 millones de dólares, sufragados en parte por el Gobierno Federal, la pensión mínima en el año 1980 alcanzaba los 342 dólares.

II.4.3. "RAIL/ROAD RETIREMENT AND DISABILITY SYSTEM"

Instaurado en el año 1937, constituye un régimen especial de seguridad social para los ferroviarios inválidos o jubilados. Las prestaciones del programa se asemejan a la de los programas OASI y DI, complementados por un plan privado.

II.4.4. "WORKERS CONPESATIONS"

Consta de 51 programas de nivel estatal, y varios federales, dirigido a la cobertura de los riesgos de vejez, invalidez y accidentes de trabajo de los funcionarios del Gobierno Federal. Fueron creados los diferentes programas en la primera década del siglo. No existe uniformidad en las prestaciones concedidas.

En el año 1980, se distribuyeron 13.500 millones de dólares a 2,1 millones de beneficiarios en el capítulo de pensiones. Dentro de la reestructuración emprendida en los programas OASI y DI, para salvarlos de la quiebra, se ha incluido obligatoriamente a todos los nuevos funcionarios federales como cotizantes de estos fondos, haciéndoles abandonar los programas "Workers Conpesations".

II.4.5. PENSIONES DE JUBILACION E INVALIDEZ PARA LOS FUNCIONARIOS CIVILES O MILITARES

Data del año 1937 y representa en la actualidad una parte importante del sistema de protección social público. En el año 1980 concernía a tres millones de beneficiarios, con un presupuesto de 26.200 millones de dólares. El nivel medio de las pensiones es superior a los niveles imperantes en los Programas OASI y DI. Este programa se financia a cargo de las cotizaciones de los funcionarios y a cuenta de los presupuestos federales. Los cotizantes alcanzan el derecho a la pensión de jubilación a los 55 años de edad o después de treinta años de servicios los funcionarios civiles y veinte años los funcionarios militares.

III. EL SISTEMA ASISTENCIAL "WELFARE"

Hemos descrito sucintamente la protección social "amplia" de los Estados Unidos. Una protección orientada y dirigida principalmente a la población activa del país. A continuación nos centraremos en la explicación del sistema asistencial, "welfare", que en contraposición al sistema anterior beneficia a los sectores de población ajenos al aparato de producción.

Los Estados Unidos, primera potencia industrial del mundo con un 25 por ciento del producto mundial bruto, cuenta con numerosos "pobres" entre su población. Según criterios oficiales 34,4 millones de personas, un 15,5 por ciento del total de habitantes estadounidenses se encontraban clasificados como "pobres" en el año 1982. Desde entonces las cifras no han dejado de aumentar.

La "guerra a la pobreza", declarada por el presidente L. B. Jhonson a mediados de los años sesenta hace tiempo que cayó en el olvido. La asistencia gubernamental a las capas necesitadas o marginales de la población creció enormemente hasta la elección de Ronald

Reagan como presidente de los Estados Unidos. Tras la toma de posesión de Reagan, los presupuestos asistenciales han sido congelados o han sufrido recortes de variable intensidad. Los grupos conservadores estadounidenses proclaman, hace ya largo tiempo, que la "pobreza" se halla excesivamente sobrestimada y que los "pobres" son excesivamente ayudados. Según estos sectores la ayuda pública en lugar de impulsar a los "menesterosos" a trabajar, les mantiene, e incluso agrava, su estado de "pobreza".

Cuatro son los principales programas de "asistencia social":

1. El programa de "asistencia a familias de bajos ingresos con niños a su cargo", conocido por las siglas de AFDC.
2. El programa denominado "Supplementary Security Income" (SSI).
3. Los "bonos de alimentación".
4. El programa sanitario "Medicaid".

III.1. EL PROGRAMA AFDC

Creado por la "Social Security Act" de 1935 participan en el programa todos los Estados federales. Entre los Estados de California (13 por ciento); New York (10 por ciento); Illinois, Massachusetts, Michigan, New Jersey, Ohio y Pennsylvania realizan conjuntamente más de la mitad de los gastos programados.

El programa consiste en otorgar asistencia económica a las familias en las cuales uno o varios hijos se encuentren en "estado de pobreza" debido a la muerte, invalidez o desaparición de al menos uno de sus padres. Se aplica únicamente a las familias cuyos hijos no superan los 18 ó 19 años, según los Estados.

Los Estados de la Unión deben verificar las siguientes normas comunes respecto al patrimonio de los posibles beneficiarios: 1. Poseer únicamente la casa donde habitan normalmente. 2. Un coche con un valor máximo de 1.500 dólares. 3. Los padres respondan favorablemente, y acepten las demandas de empleo ofrecidas en el caso de encontrarse en esta situación.

En marzo de 1979, un 86 por ciento de los niños beneficiados por el programa lo eran a causa de la carencia de padres, siendo de raza blanca un 52 por ciento del total de beneficiarios.

La prestación AFDC resulta compatible con la otorgada por el programa "Food Stamps". El valor medio de la prestación en noviembre de 1981 ascendía a 302 dólares, existiendo profundas diferencias entre los Estados.

LA POBREZA EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Todos los años las autoridades federales fijan los ingresos anuales mínimos por debajo de los cuales se entra a pertenecer a la categoría de "pobre" oficial.

Para una familia de cuatro personas dichos ingresos eran los siguientes: 8.414 dólares en el año 1980; 9.287 dólares en el año 1981 y 9.862 dólares en el año 1982. Los ingresos provenientes de las prestaciones asistenciales no cuentan para calcular las cuantías anteriores.

Tasa de pobreza

Corresponde al número de personas clasificadas en la categoría de "pobres oficiales" en porcentaje de la población total del país.

año 1965: 17,3 por ciento.
 año 1967: 14,2 por ciento.
 año 1973: 11,1 por ciento.
 año 1978: 11,4 por ciento.
 año 1980: 13 por ciento, 24,6 millones de personas.
 año 1981: 14 por ciento, 31,8 millones de personas.
 año 1982: 15 por ciento, 34,4 millones de personas.

Raza y pobreza

En 1982, constituyendo un 12 por ciento de la población estadounidense, las personas de raza negra forman un 28 por ciento de los "pobres oficiales".

En el seno de la comunidad negra, la calificación de "pobre" se extiende hasta un 35,6 por ciento de sus miembros. Este porcentaje alcanza valores de un 29,9 por ciento en la comunidad hispana y un 12 por ciento para la comunidad de raza blanca.

Edad y pobreza

Un 21,7 por ciento de los jóvenes menores de 18 años se encuentran considerados como "pobres" en el año 1982, es decir, 13,5 millones de personas (12,3 millones de 1981). En cambio la tasa de pobreza ha decrecido entre la población mayor de 65 años: un 15,30 por ciento en 1981 y un 14,6 por ciento en el año 1982.

Repartición geográfica de la pobreza

El Sur del país, con una tasa de pobreza del 18,2 por ciento, acogía en 1982 la cifra más alta de pobres, seguían al Sur, el Noroeste con un 13 por ciento; el Medioeste con un 13,3 por ciento y el Oeste con un 14,1 por ciento.

En las zonas rurales del país el porcentaje es del 17,8 por ciento contra un 9,3 por ciento en las urbanas. Pero considerando a las zonas urbanas y sus suburbios de forma conjunta, el índice aumenta hasta un 19,9 por ciento.

Ingresos anuales medios

El ingreso medio anual de una familia estadounidense se encontraba en 22.390 dólares en el año 1982 que representa un descenso real del 3,5 por ciento respecto al año 1980. En 1982 esta cifra fue de 23.433 dólares, o sea un 1,38 menos que el año anterior, teniendo en cuenta la inflación.

Esta reducción en las rentas familiares ha sido más acentuada para las familias hispanas (-6,8 por ciento) y negras (-3,41 por ciento) que las blancas (-1,43 por ciento).

Fuente: Informes anuales de la Oficina del Censo de EE.UU.

La financiación del Programa se realiza entre los Estados y el Gobierno Federal empleando el sistema siguiente:

Parte Federal =

$$1 - 0,45 \times \frac{\text{Renta p. c. del Estado}}{\text{Renta p. c. de los Estados}}$$

De un presupuesto total de 12.800 millones de dólares en 1981, 6.900 millones de dólares han sido aportados por el Gobierno Federal.

Durante el mismo año 3.795.000 familias, con un montante global de 10.907.000 personas se han beneficiado del programa.

III.2. LOS BONOS DE ALIMENTACION

Consiste en proporcionar "bonos para adquirir alimentos a las personas de bajos ingresos".

Instaurado de forma experimental en el año 1961, la generalización del programa aconteció a partir de 1971. Respecto a otros programas presenta la característica de ofrecer normas administrativas, para la apertura del derecho al mismo, prácticamente idénticas en todos los Estados.

El Gobierno Federal financia el programa, excepto los gastos administrativos que son costeados a partes iguales entre los Estados y el Gobierno Federal. En el año fiscal de 1981, el presupuesto del programa se elevó a una cifra superior a los once mil millones de dólares.

III.3. "SUPPLEMENTARY SECURITY INCOME"

Este programa federal sustituyó en el año 1972 a diversos programas administrados por los Gobiernos estatales y destinados a la Tercera Edad, los ciegos e inválidos. Beneficia a cerca de 16 millones de personas, concediéndoles una pensión mínima de supervivencia.

Ser mayor de 65 años o inválido, no poseer un patrimonio superior a los 1.500 dólares para una persona o 2.500 dólares para una pareja, son los requisitos exigidos para tener derecho a la prestación.

La cuantía de la prestación condicionada al nivel de ingresos, lugar de domicilio y situación familiar del beneficiario, nunca alcanza cifras superiores a los 400 dólares mensuales para una

CUADRO N.º 6.- EVALUACION DEL NUMERO DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA SSI

(en millares)

	De la tercera edad	Ciegos	Inválidos	Total
Diciembre 1975	2.307	74	1.933	4.314
Diciembre 1980	1.808	78	2.256	4.142
Septiembre 1981	1.702	78	2.258	4.038

Fuente: Comité de Finanzas del Senado EE.UU.

pareja o 270 dólares para un individuo. En el año 1982 el Gobierno Federal presupuestó 7.900 millones de dólares para este programa y 1.890 millones de dólares los Estados de la Unión.

III.4. PROGRAMA DE AYUDA MEDICA: "MEDICAID"

Instituido simultáneamente al programa "MEDICARE" en el año 1965. Su objetivo consiste en prestar asistencia sanitaria a las capas pobres de la población.

La legislación federal obliga a los Estados a prestar las siguientes atenciones sanitarias: hospitalización, servicios ambulatorios de los hospitales, exámenes de laboratorio y rayos X, estancias en sanatorios y consultas médicas. Voluntariamente los Estados pueden añadir a estas prestaciones el pago de medica-

mentos, los gastos por tratamientos de odontología y ciertos gastos ocasionados por enfermedades de tipo psíquico. Igualmente los Estados disponen de la libertad de extender la cobertura del programa a sujetos que sin necesidad económica requieran asistencia médica.

Todas las familias incluidas en el programa AFDC y generalmente también los beneficiarios del programa SSI se benefician automáticamente del programa MEDICAID. Durante el año fiscal de 1982, 22,9 millones de personas, fueron beneficiarias del programa. De ellas, 3.557.000 mayores de 65 años; 300.015 inválidas, 5.375.000 adultos incluidos en el programa AFDC y 11.045.000 jóvenes o niños menores de 21 años.

La financiación del programa se efectuó semejantemente al programa AFDC.

CUADRO N.º 7.- ESTIMACIONES DEL COSTO DEL PROGRAMA MEDICAID (en millones de dólares)

	Año fiscal		
	1980	1981 (e)	1982 (e)
Presupuesto Federal	13.957	16.112	17.205
Presupuestos de los Estados	11.231	12.795	14.154
TOTAL	25.188	28.907	31.359

(e) estimaciones.

Fuente: "Congressional Research Service", Report 81-82, EPW, abril 1981.



III.5. OTROS PROGRAMAS DE ASISTENCIA

III.5.1. "VETERANS PENSIONS"

Instaurado en el año 1933, otorga pensiones a antiguos combatientes mayores de 64 años o inválidos civiles, en situación de penuria económica. Con 3.600 millones de dólares de presupuesto la pensión media se elevaba a 2.500 dólares anuales.

III.5.2. "HOUSING ASSISTANCE"

Data del año 1986. Subvenciona centros de alojamiento para la tercera edad e inválidos carentes de ingresos. En 1980 el programa tuvo 1.400 millones de dólares de presupuesto. Subvenciona igualmente el alquiler de viviendas pertenecientes a familias pobres. En el año 1980, un millón cuatrocientas mil viviendas recibieron subvención por un presupuesto total de 2.100 millones de dólares.

III.5.3. "PELL GRANTS"

Establecido en el año 1965, consistió en un programa de becas dirigido a facilitar el acceso a la Universidad a estudiantes pobres. Cuatrocientos millones de dólares, en el curso universitario 1981-1982 permitió becar a alrededor de 2,8 millones de estudiantes. La Administración Reagan pretende reducirlo drásticamente.

III.5.4. OTROS PROGRAMAS

Programas de menor entidad prestan asistencia a mujeres embarazadas de escasos ingresos; subvencionan la alimentación escolar de los niños pobres o distribuyen fondos para ayudar a los necesitados a soportar el constante aumento de los gastos energéticos.

Nota:

El presente trabajo ha sido elaborado en base, fundamentalmente, a la primera parte del libro *La Protección Sociale aux Etats Unis*, LA DOCUMENTACION FRANCAISE, n.º 4743, 47 44. París, noviembre 1983.

METODO PARA UN ANALISIS DE LA POLITICA SOCIAL

Doctor Joseph B. Kelley*

El presente artículo del doctor Joseph B. Kelley, puede servir de complemento al trabajo "La protección social en los Estados Unidos de América", al mostrarnos una concepción de análisis y programación en materia de política social imperante en los Estados Unidos.

Una característica distintiva del análisis de la política social y la programación social es la utilización de un nivel de aproximación crítico o analítico a la política social y los programas sociales en contraste con un sistema de aproximación descriptiva o meramente descriptiva. Muchos de los artículos de la literatura profesional son de naturaleza esencialmente descriptiva aunque contengan abundantes detalles sobre un determinado programa.

Asimismo, pueden contener comentarios profundos sobre la dinámica de un programa, pero estos comentarios suelen estar basados en criterios implícitos y sobreentendidos. Uno de los principales objetivos del análisis de la política social es hacer explícitos los criterios en los cuales se ha basado el análisis. Esto suele presuponer un esquema o modelo que puede ser aplicado a cualquier política social o a un determinado tipo de política programa.

El modelo debe identificar los aspectos de una determinada política o programa que son potencialmente importantes y deben ser examinados para determinar si alcanzan el nivel analítico buscado. Las características deben especificarse con la precisión suficiente para que sus resultados pueden ser determinados. (Ver conclusiones).

El análisis de la política y la programación social no trata del proceso de establecimiento (político) de la política social, ni del proceso de implementación del programa. Es decir, se trata de un proceso intelectual, estático en el

tiempo, más dinámico o activo. El análisis de la política social ayuda a identificar los distintos aspectos de las políticas y los programas que deben ser modificados y los objetivos políticos alternativos o los mecanismos del programa que deben ser determinados. Cuando el asistente social participa en la formulación efectiva de la política o en la implementación de un programa, está cumpliendo una función distinta al de un analista de programas.

El análisis de la política social y el programa social puede comprender y dirigirse a amplios temas políticos o enfocarse más concretamente sobre un simple programa o un determinado aspecto del mismo. Este artículo está enfocado hacia la aproximación analítica de la provisión de servicios.

La provisión de servicios (service delivery) es la distribución efectiva de los servicios sociales a las personas o grupos que los necesitan y tienen derecho a ellos de acuerdo con la ley o de acuerdo con la política y los procedimientos de una entidad.

La provisión de servicios es el punto de contacto entre un programa y sus beneficiarios. El concepto es análogo a un paquete que se envía por correo. La provisión de servicios es responsable de que el paquete sea efectivamente recibido o entregado. Como se hará evidente más abajo, no puede asumirse que la gente vaya a recibir o utilizar servicios simplemente porque se hayan establecido y estén disponibles. Lógicamente, no todas las personas elegibles van a recibir ese servicio y algunas de ellas pueden no ser precisamente las que más lo necesiten.

Presentamos un esquema ideal de provisión de servicios, compuesto por cuatro categorías conceptuales: acceso, detección de casos, integración de casos y continuidad. En la selección final

explicaremos como puede usarse este esquema en la planificación de un nuevo programa o en el análisis de uno ya existente.

ACCESO

El acceso concierne a cualquier factor que facilite o impida el contacto inicial o potencial de los usuarios con la entidad o agencia. Los factores que influyen frecuentemente en el acceso son la información, la situación geográfica, las percepciones psicológicas y los factores socioculturales.

En relación con el factor de la información, es evidente que si un usuario potencial no tiene conocimiento de un servicio, no podrá utilizarlo. Variaciones de este mismo problema serán la información incompleta e incorrecta por parte de los usuarios potenciales. Este posible problema puede ser evidenciado recordando que a menudo puede ser difícil para los propios asistentes sociales conocer el amplio abanico de recursos disponibles en la comunidad para los muchos problemas con que se enfrentan los usuarios. Cuánto más difícil debe ser para un usuario potencial que puede tener limitaciones personales y encontrarse en una situación de stress.

Otro aspecto de este problema concierne a la necesidad de información exacta sobre la función del asistente social. Una observación frecuente ante la primera visita de un asistente social es: "¿pero, por qué está usted aquí? Yo no necesito ayuda económica.

El segundo factor que dificulta el acceso es la ubicación geográfica de un servicio. Ello incluye la distancia física y la existencia o ausencia de transporte

* Doctor en Trabajo Social y profesor de la Escuela de Trabajo Social de San Diego, Universidad estatal de California (EE.UU.).

público y su grado de conveniencia. Incluye también el tipo de localización aunque esto puede ser más importante en los EE.UU. que en otros lugares. Si las familias de ingresos bajos tienen que desplazarse a áreas de ingresos superiores para obtener un servicio, o viceversa, también pueden producirse problemas. Igualmente, si una agencia está situada en un área predominantemente negra, puede facilitar la provisión de servicios a los usuarios negros, pero impedirlo a los blancos.

Las percepciones psicológicas de un problema y una agencia pueden facilitar o dificultar la provisión de servicios. Un claro ejemplo de este fenómeno es un servicio de higiene mental. Algunos usuarios potenciales pueden no acudir a tratarse porque su imagen es que tales servicios sólo están dirigidos a "locos". Pueden presentarse problemas similares en otros servicios dedicados a problemas de carácter emocional o de relación.

Algunos usuarios potenciales pueden encontrarse incómodos al discutir este tipo de problemas con un profesional (o con cualquier otra persona). Algunas de estas agencias sociales emplean un tipo de aproximación para reducir este problema, consistente en ofrecer un grupo de servicios "duros" como oficina de empleo, ayudas para alojamiento y atención domiciliaria, junto con servicios de orientación y asesoramiento, considerados "blandos". De esta forma, un usuario potencial puede buscar un servicio en un momento inicial y pedir y recibir después la orientación y asesoramiento necesarios.

Una cuarta consideración relacionada con el acceso es la sociocultural. Una cuestión obvia en esta área es el lenguaje. Si un usuario potencial es monoglota o se siente mejor hablando una lengua, es importante que el asistente social sea capaz de comunicarse con él en ese idioma. Un estudio realizado en San Diego, California, hace algunos años, demostró que el servicio de higiene mental proporcionaba servicios a menos de un tres por ciento de personas de origen mejicano, aunque este grupo representaba cerca del quince por ciento de la población.

Una razón fundamental es que el servicio no tenía en aquel momento ni asistente social, ni psiquiatra, ni sociólogo que hablara español. Se estima que más de la mitad de la población es monoglota o le resulta más fácil hablar español.

También los factores culturales son importantes, como hemos aprendido

por la afluencia de asiáticos en años recientes. Las actitudes y las respuestas ante las situaciones relacionadas con la salud son muy diferentes en este grupo, y no es posible hacer un diagnóstico adecuado o intervenir efectivamente sin algún tipo de conocimiento de la orientación cultural de los usuarios. A menudo hay pocos o ningún profesional perteneciente al grupo en cuestión (como ocurre en nuestro caso con los refugiados vietnamitas y laosianos), de modo que los asistentes sociales pertenecientes al grupo cultural mayoritario tienen que prepararse lo mejor posible para ser capaces de intervenir apropiadamente. Otro tipo de proyecto es el de crear agencias especializadas para determinados grupos, como se viene haciendo en España para los inmigrantes y los gitanos. Estas agencias proveen servicios directamente o actúan como puente con otros servicios comunes.

Hay otros factores que pueden influir en el acceso a los servicios. Uno de ellos es el tiempo de espera. Un ejemplo trágico de lo que digo ocurrió recientemente en San Isidro, California, en el caso de un hombre que entró en un restaurante y mató a 21 personas con un rifle automático. Había telefonado al Servicio de Higiene Mental de San Isidro la víspera solicitando hora para exponer sus "problemas mentales". El día de la matanza había estado sentado varias horas ante el teléfono esperando la llamada de respuesta. Entonces se dirigió al restaurante, diciendo que la sociedad "había tenido su oportunidad" (no está claro si esto era una referencia directa al Servicio de Higiene Mental, ya que él mismo murió en el suceso). Con toda justicia, el servicio fue absuelto en la posterior investigación. El hombre había dicho que no quería discutir sus problemas por teléfono, que nunca había sido hospitalizado por enfermedad mental y parecía "tranquilo y correcto". En consecuencia se le designó un consejero que debía contactar con él 72 horas más tarde.

La mayor parte de los puntos expuestos constituyen obstáculos potenciales para la provisión de servicios. En sentido contrario, cuando son favorables facilitan la provisión de servicios.

La mayor parte de los puntos expuestos constituyen obstáculos potenciales para la provisión de servicios. En sentido contrario, cuando son favorables facilitan la provisión de servicios.

DETECCION DE CASOS

Nos referimos ahora a las gestiones realizadas por una agencia para identificar personas o grupos que necesitan sus

servicios y para facilitar la utilización de los mismos. Incluye otras gestiones para hacer que estos servicios sean conocidos y utilizables por la comunidad. Entre los sistemas utilizados se encuentran los programas educativos, incluyendo la utilización de los medios de comunicación, estudios de necesidades de un área determinada (ancianos, minusválidos), desarrollo de una red de recursos y descentralización de programas, incluyendo programas de cooperación con escuelas y otras instituciones.

Detección de casos es una expresión originariamente empleada en sanidad pública para describir la localización de personas o grupos necesitados de servicios sanitarios. Era y es especialmente prevalente en relación con la tuberculosis y otras enfermedades contagiosas. A algunos conservadores les preocupa la presión financiera que puede resultar de "encontrar" más personas que necesiten los servicios: argumentan que si las necesidades son lo suficientemente urgentes, las personas afectadas buscarán los servicios, y no es necesario "anunciarlos", aunque ellos utilizan la publicidad generosamente para sus negocios.

La idea de que la gente busca y obtiene los servicios apropiados de manera eficiente y efectiva no está apoyada por estudios empíricos. La experiencia en hospitales, por ejemplo, es que los pacientes que necesitan los servicios de asistentes sociales no siempre los solicitan o los reciben a tiempo, y muchos de los que los obtienen no son los que más urgentemente lo necesitan. (La mayoría de los hospitales no tienen el suficiente personal de trabajo social como para contactar a todos los pacientes). La mayoría de los pacientes son visitados por los médicos en los hospitales de la forma más tradicional (1). El conocimiento de los médicos respecto de las funciones del asistente social varía mucho de unos a otros, como ocurre con los pacientes. En general, se puede afirmar que son precisamente los asistentes sociales los que mejor pueden identificar qué necesidades deben ser objeto de su intervención.

Muchos hospitales han puesto a punto criterios de "alto riesgo" para identificar a aquellas personas que más necesitan un servicio y darles prioridad. Una lista de tales criterios es la siguiente: 1) mayor de 65 años, viviendo solo. 2) mayor de 70 años, independientemente de que viva solo. 3) pacientes que reciben atención sanitaria a través del programa de la seguridad social

y de la sanidad pública. 4) personas que no estén aseguradas. 5) parados. 6) pacientes que residen en otro Estado. 7) si la persona de contacto vive fuera del Estado. 8) cuando no existe persona de contacto. 9) embarazadas menores de edad (2). Hay dos factores que precisan de una aclaración. Uno es que estos criterios no indican necesariamente la existencia de un problema que precise la intervención del asistente social. Más bien indican la necesidad de mantener una entrevista para tener la seguridad de si son precisos o no los servicios del asistente social. Los criterios expuestos se limitan a identificar una categoría que estadísticamente implica un alto riesgo. La segunda aclaración es que la combinación de dos o tres factores de alto riesgo suele identificar a aquellos que necesitan el servicio. La información sobre estos factores está a disposición de los asistentes sociales en la documentación de ingreso en el hospital.

Los diagnósticos médicos se utilizan algunas veces como suplemento de los criterios de determinación de alto riesgo arriba indicados. Una lista típica de enfermedades incluiría: cáncer, problemas de corazón o de hígado, alcoholismo, drogadicción, TB, convulsionismo (epilepsia), problemas renales, tensión alta, diabetes, asma, depresión/ansiedad, nerviosismo e insomnio. También estos criterios indicarían la necesidad de un contacto con el servicio. Aunque la lista parece extensa, cada una de estas enfermedades puede producir un fuerte impacto emocional y social. De hecho, los factores sociales pueden ser la causa de la enfermedad. Al mismo tiempo las reacciones personales, la capacidad de hacer frente a la enfermedad y la fuerza relativa de los sistemas de ayuda familiar pueden determinar si la intervención del asistente social es necesaria o puede ser útil.

Otra área en la que la detección de casos es urgente, es la de los servicios de protección para los niños y los ancianos. Son situaciones de abandono o abuso de los grupos más vulnerables de la población. Por definición, la gente que abandona o abusa tiende a no poder o no querer solicitar ayuda. Al mismo tiempo la sociedad tiene la ineludible obligación de intervenir a favor de las víctimas. Aunque en determinados casos puedan seguirse acciones legales, en la mayoría de ellos lo más urgente es localizar a las personas implicadas para que la intervención del asistente social pueda hacerse a tiempo y su trabajo sea efectivo. Algunas situaciones espe-

cíficas enumeradas en un reciente estudio son: atención física inadecuada a los niños, alcoholismo, condiciones de vivienda inadecuadas, asistencia y adaptación a la escuela, problemas familiares y relaciones padres-hijos (3).

INTEGRACION DE CASOS

La integración se refiere a la concertación de los servicios que afectan a una persona, a una familia o a un grupo de personas en un momento dado. Muchas familias necesitadas de servicios son familias "multi-problema". Pueden tener dificultades de salud y alojamiento, financieras y de empleo, de relaciones padres-hijos, de adaptación de algunos de los hijos a la escuela, y un anciano en casa. Para ellos es una pérdida de tiempo y les desorienta al tener que contactar con varias agencias y distintos asistentes sociales para solucionar sus dificultades. Incluso pueden llegar a recibir indicaciones contradictorias. También es difícil para los distintos miembros de una familia llegar a establecer una relación positiva con un determinado asistente social con el objeto de enfrentarse a lo que para ellos son aspectos parciales de una situación problemática global.

Una forma de integración puede radicar en agrupar una serie de servicios sociales bajo una única dependencia y asignar un asistente social generalista con responsabilidad para una determinada área geográfica. Esto se ha iniciado con bastante éxito en el municipio de Barcelona, en España. Existen servicios de información, de orientación y de emergencia, servicios para la tercera edad, incluyendo ayuda a domicilio, centros de día, asistencia psicosocial para los minusválidos psíquicos y físicos y para familias con hijos, programas especiales para mujeres, planificación familiar, servicios de protección a la infancia, programas para delincuentes juveniles y drogadictos, organización de la comunidad y asistencia legal. Aunque hay especialistas para atención a la infancia, tercera edad y delincuencia, además de los asistentes sociales no especializados, nunca se asigna más de un asistente social a cada familia. En efecto, si un asistente social especializado está trabajando ya con una familia, el o ella se convierte automáticamente en el generalista de esa familia. Una de las dificultades de esta solución es el tema de la experiencia. ¿Es posible que un asistente social posea los conocimientos y las técnicas necesarias para deter-

minar e identificar los recursos disponibles de un amplio abanico de programas y sea capaz de trabajar eficazmente tanto con niños, como con ancianos o con delincuentes juveniles? Los asistentes sociales de Barcelona suelen consultar a sus compañeros cuando precisan de conocimientos especializados.

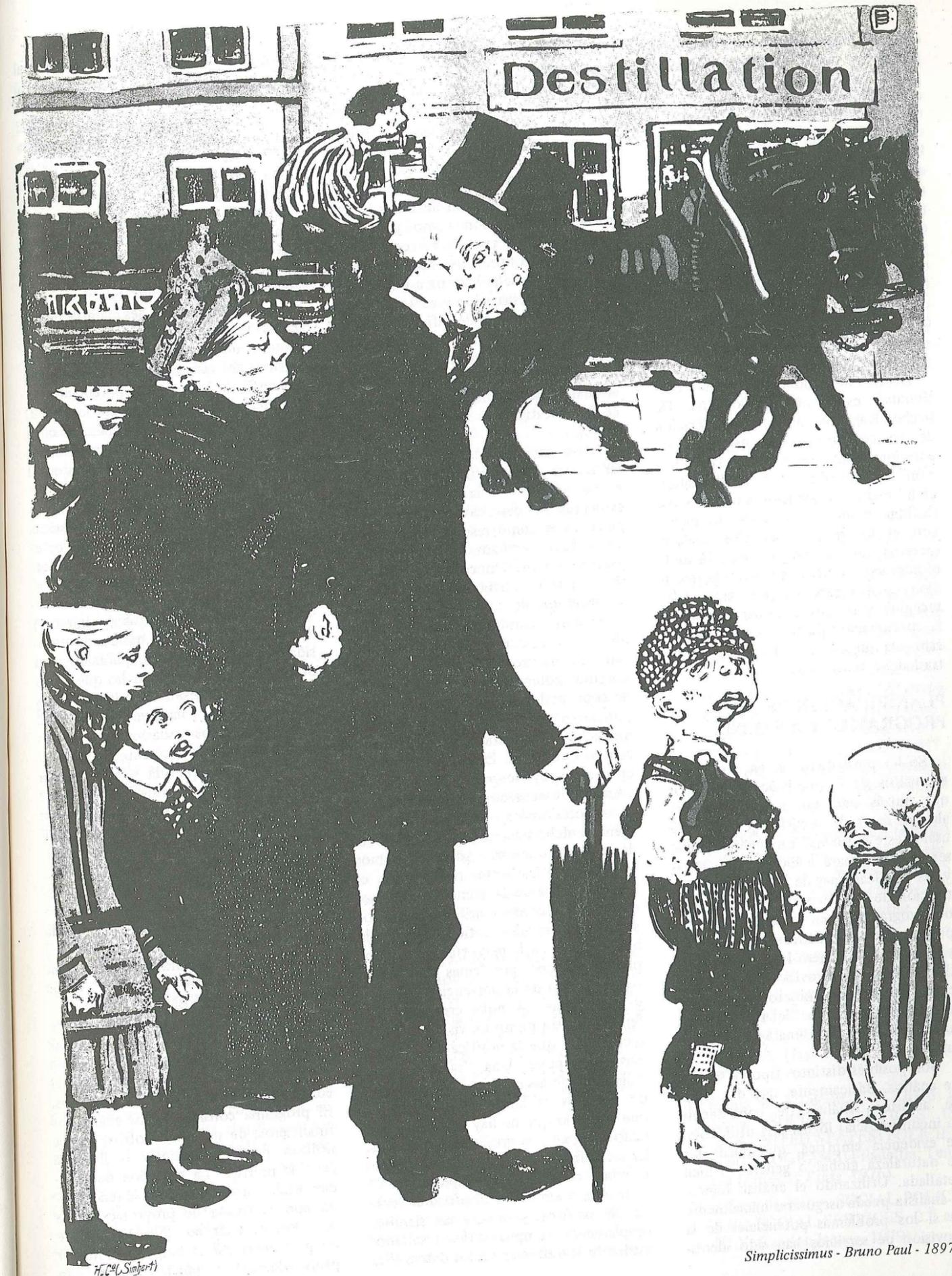
En los EE.UU., la integración de programas en una determinada agencia ha sido limitada hasta el momento, debido a la diversidad de las fuentes de financiación. Un enfoque que se utiliza cada vez más es el denominado "dirección de los casos" (case management). Para cada caso existe un responsable del establecimiento y el seguimiento del conjunto de los servicios procedentes de varios recursos precisados por un individuo o una familia, así como de la provisión del asesoramiento directo cuando éste sea necesario. Esta es la función básica de muchos asistentes sociales en el "Centro Regional para niños deficientes mentales" (Regional Center for Retarded Children). El Centro también forma a algunos padres como responsables de la integración de los servicios para sus propios hijos.

CONTINUIDAD

La continuidad significa aquí la provisión de servicios a un usuario (*). La situación concierne a un usuario que precisa de un servicio y o bien continúa recibéndolo en la misma agencia o en otra agencia apropiada, o bien interrumpe el contacto. El concepto incluye la idea de la responsabilidad de la agencia respecto a la continuación del contacto. La continuidad ha sido hasta ahora muy poco conseguida en los EE.UU. Kahn estima que menos de una quinta parte de las personas dirigidas a otra agencia llegan a la misma (4). Estudios de investigación han demostrado que el tener una cita confirmada y el nombre del asistente social al que la persona ha de dirigirse son elementos positivos para la continuidad. Otro enfoque consiste en intentar solucionar las necesidades del usuario en la agencia original y evitar el enviarle a otra.

Entre los factores que influyen en la continuidad del servicio dentro de la misma agencia se incluyen la estabilidad de las relaciones profesionales y la claridad por parte del usuario sobre

(*) A lo largo del tiempo, sin interrupción aunque sea remitido de una agencia a otra.



Simplicissimus - Bruno Paul - 1897

qué servicios necesita y está recibiendo. El primer factor significa hasta qué punto el usuario podrá entrevistarse con el mismo asistente social durante un período de tiempo, en lugar de un sustituto, un interino o un especialista de otra sección. Respecto al segundo factor las agencias suelen establecer un acuerdo, escrito o verbal, entre el usuario y el asistente social, especificando qué problemas han de ser atendidos y los derechos y responsabilidades de ambos. Estos factores de estabilidad en las relaciones y claridad en los servicios también influyen en la calidad del servicio en general y son también aplicables a las intervenciones en grupos y en la comunidad.

Acceso, detección, integración y continuidad están interrelacionados. De hecho, Kahn ha sugerido la utilización de un concepto comprensivo de los anteriores, que sería el de "canalización" (Channelling) (5). La "canalización" incluye la atención a factores que facilitan o impiden el contacto inicial con el sistema de servicios sociales (acceso), o esfuerzos para facilitar el contacto con los usuarios y la iniciación de los servicios precisados (detección), y las gestiones para fortalecer la continuación de los servicios cuando esto sea preciso y el buen fin de los traslados (continuidad).

PLANIFICACION DE PROGRAMAS Y ANALISIS

Se ha presentado un esquema para el análisis de la provisión de servicios que quizás esté aún incompleto para algunas áreas de servicio. ¿Cómo debe usarse este esquema? En general, puede ser utilizado para elaborar alternativas y las implicaciones de éstas en la planificación de la provisión de servicios de un programa o en el análisis de los puntos fuertes y débiles de programas ya existentes. El mero hecho de la identificación de la provisión de servicios como una cuestión objeto de discusión introduce un grado de racionalidad, una buena base para una aproximación analítica.

Son posibles distintos tipos y niveles de análisis. Básicamente, hay dos tipos de análisis: Análisis de consistencia (o inconsistencia) lógica y la utilización de evidencia empírica, que puede ser de naturaleza global o general, o bien detallada. Utilizando el análisis lógico, el analista puede asegurarse inicialmente de si los problemas potenciales de la provisión de servicios han sido identi-

ficados y enfocados. Entonces puede proceder a identificar los puntos débiles y fuertes, los conflictos imprevistos o los efectos negativos de los sistemas y procedimientos, o las áreas de omisión.

Algunas tensiones o inconsistencias parciales son inherentes a los criterios para el análisis de la provisión de servicios, así la integración de casos frente a la especialización como ya se ha descrito en este trabajo. El conocimiento de este conflicto potencial es en sí mismo una buena base para una mayor presión de la situación y para minimizar las dificultades. La identificación de los puntos fuertes y débiles de las diversas estrategias puede incrementar la comprensión de la situación. Más adelante el análisis ha de profundizarse a través de la investigación empírica (ver más abajo).

Otras inconsistencias pueden tener naturaleza burocrática o financiera, como por ejemplo la tensión entre los esfuerzos de detección de casos, que pueden dar como resultado una mayor demanda de servicios, y las restricciones presupuestarias. Un conflicto aún más lógico puede existir si los criterios de la provisión de servicios implican un compromiso con los usuarios: por ejemplo, el análisis de la situación de los usuarios. El compromiso es que los usuarios potenciales tienen el derecho de conocer los servicios que les corresponden, a recibirlos de forma integrada mejor que fragmentada, y tanto tiempo cuanto necesario. Este enfoque puede o no ser apoyado por la política de la agencia. De acuerdo con nuestros valores profesionales, creemos que las agencias deberían apoyar las necesidades de los usuarios. Además creemos que pragmáticamente revierte en el propio interés de la agencia y de la sociedad el apoyar la utilización de los servicios precisados a tiempo sobre la base de que en la mayoría de los casos pueden evitarse problemas más serios —el concepto de la prevención primaria y secundaria—. Aunque creemos y defendemos este punto de vista, no podemos asumir que la política de las agencias nos apoye. Una "salida" en la utilización de los conceptos de provisión de servicios es limitarse a analizar lo que hay o lo que no hay en un determinado programa o grupo de programas. La identificación de alternativas o recomendaciones es un asunto aparte.

Una aproximación empírica al análisis de política y programas significa simplemente comprobar los resultados mediante la referencia a los datos. Esta

idea puede ser ilustrada en relación al concepto de acceso. Una medida global o general de acceso efectivo también puede ser descrita como la efectividad del programa; por ejemplo, si el programa ha alcanzado o no a los usuarios a los que intentaba llegar, junto con la identificación de los factores que han facilitado o impedido esta conexión inicial, la cuestión de la efectividad o la medición empírica no es el objetivo de este trabajo. Sin embargo, puede señalarse que es posible establecer estimaciones de necesidades para determinados tipos de servicios a través de diversos mecanismos. Los datos demográficos del censo pueden proporcionar un perfil de los usuarios potenciales en una determinada área geográfica, para, por ejemplo, la tercera edad. La cifra puede ser tamizada por la opinión de un "experto" en el sentido de que el 10 por ciento de esta población necesita "x" servicios. Esta cifra puede entonces compararse con las estadísticas administrativas que describen qué categorías de personas han recibido determinados tipos de servicios y en qué condiciones.

Otros métodos rápidos (y baratos) de establecer las líneas básicas de necesidades incluyen la comparación con otras áreas geográficas en las que ya se conocen las necesidades o los servicios proporcionados. Una investigación para identificar a los usuarios potenciales puede ser económicamente factible si no es muy complicada y se combina con detección de casos. Los puntos de vista del usuario sobre la provisión de servicios pueden obtenerse de aquellos que están recibiendo ya el servicio, de forma anónima. Algunos analistas minimizan la importancia de estos datos, pero yo los considero la fuente más importante de información. Además la recopilación y el análisis de los datos puede ser muy elaborado, pueden establecerse grupos de control y otros elementos específicos.

Debe distinguirse entre análisis de política y análisis de programas. Para los objetivos de este artículo, la política social puede ser considerada como el conjunto de metas y objetivos buscados. El programa consiste en los elementos financieros, de personal y otros, que se utilizan para implementar o llevar a cabo la política. La provisión de servicios está, por definición, más relacionada con la forma de proporcionar los servicios, es decir, con la realización de los programas. Sin embargo, para mayor profundidad, se puede realizar un

análisis comprensivo que comprenda factores políticos, socioculturales, filosóficos, históricos y económicos que influyan sobre la política general y tengan implicaciones directas en el programa. Esta aproximación está implícita en la referencia a las inconsistencias o tensiones políticas o burocráticas anteriormente mencionadas.

Como ejemplo de asistentes sociales que realizan funciones de analistas de política social en los EE.UU. podemos citar a los analistas legislativos que trabajan para las cámaras legislativas de los estados, o en las oficinas centrales de asociaciones privadas, o en agencias de bienestar social (United Way). Los asistentes sociales trabajan también como analistas de política social para organizaciones que tratan de influir en la política social como la Asociación Nacional de Asistentes Sociales (National Association of Social Workers), asociaciones de agencias sanitarias, agencias de planificación e institutos de investigación. El trabajo del analista suele servir como base para evaluar las prioridades de programación o la reforma de los programas. La función del analista se lleva a cabo a veces en combinación con otra función, como la de planificador social.

EJEMPLO

Quiero terminar este artículo con la descripción de un programa que fue especialmente designado para superar los obstáculos encontrados en otros programas y para facilitar la provisión de servicios. El programa fue concebido para proporcionar servicios a personas de origen mejicano. (San Diego está en la frontera mejicana y el quince por ciento de su población es de origen mejicano, además de los residentes temporales y los visitantes de Méjico y los trabajadores indocumentados). La agencia estaba situada en un lugar conveniente, cerca del centro de la ciudad, donde vive la mayor concentración de personas de origen mejicano. Era fácil llegar a ella con transportes públicos. También era psicológicamente atractiva para los usuarios que constituían su objetivo, ya que estaba situada junto a un parque especialmente dedicado a esta comunidad. El parque tenía amplios muros pintados por los miembros de la comunidad y era (y es) probablemente el símbolo de comunidad más importante de toda la ciudad.

El programa era atendido por perso-

nal bilingüe y bicultural, lo que facilitaba el acceso y la continuidad en la atención. Además colaboraban trabajadores del barrio, es decir, personas de la misma comunidad. Como se esperaba, estos trabajadores fortalecieron la relación con la comunidad (detección) y se ocuparon de que la atención no se interrumpiera (continuidad).

Los solicitantes de servicios eran atendidos inmediatamente, sin citas previas ni lista de espera, ya que en relación con los servicios de otras agencias la queja más frecuente de estos usuarios era la demora en la lista de espera. Consideraban que si iban porque necesitaban el servicio no tenían por qué volver otro día. En relación con este aspecto estaba además el tema de las horas. La mayoría de las agencias sociales de la comunidad cerraban a las 5 de la tarde, coincidiendo con el horario de la jornada laboral. Esto significaba que aquellas personas que estaban trabajando tenían que perder horas de trabajo para obtener los servicios. La nueva agencia amplió el horario durante la tarde.

La agencia era multiservicio, proporcionaba servicios "duros" y servicios de asesoramiento. Los primeros incluían orientación en relación a viviendas de la administración pública, orientación sobre atención sanitaria, orientación sobre empleo y transporte y asistencia legal. Este grupo de servicios tenía el objeto de responder con mayor realismo a las necesidades de la gente (facilitando el acceso), reunir diversos servicios (integración) y reducir el tener que remitir a varias agencias (continuidad). Se hizo un esfuerzo para proporcionar los servicios requeridos y evitar los envíos a otras agencias en la medida de lo posible. El mobiliario de la oficina era informal, adaptado a las familias y los niños, y no excesivamente ordenado o frío, como en algunas oficinas.

Pero el factor más importante que influyó en todos los aspectos de la provisión de servicios era el sentimiento de que la agencia pertenecía a la gente de la comunidad, ya que en el barrio los residentes estaban implicados desde el principio en la planificación del servicio y formaban la totalidad del consejo directivo.

Una de las dificultades fue el problema de las horas extras trabajadas por los asistentes sociales aquellos días en los que un mayor número de usuarios solicitaba diversos servicios o llegaba al final del día. Por otra parte, los trabajadores del barrio que no siempre eran

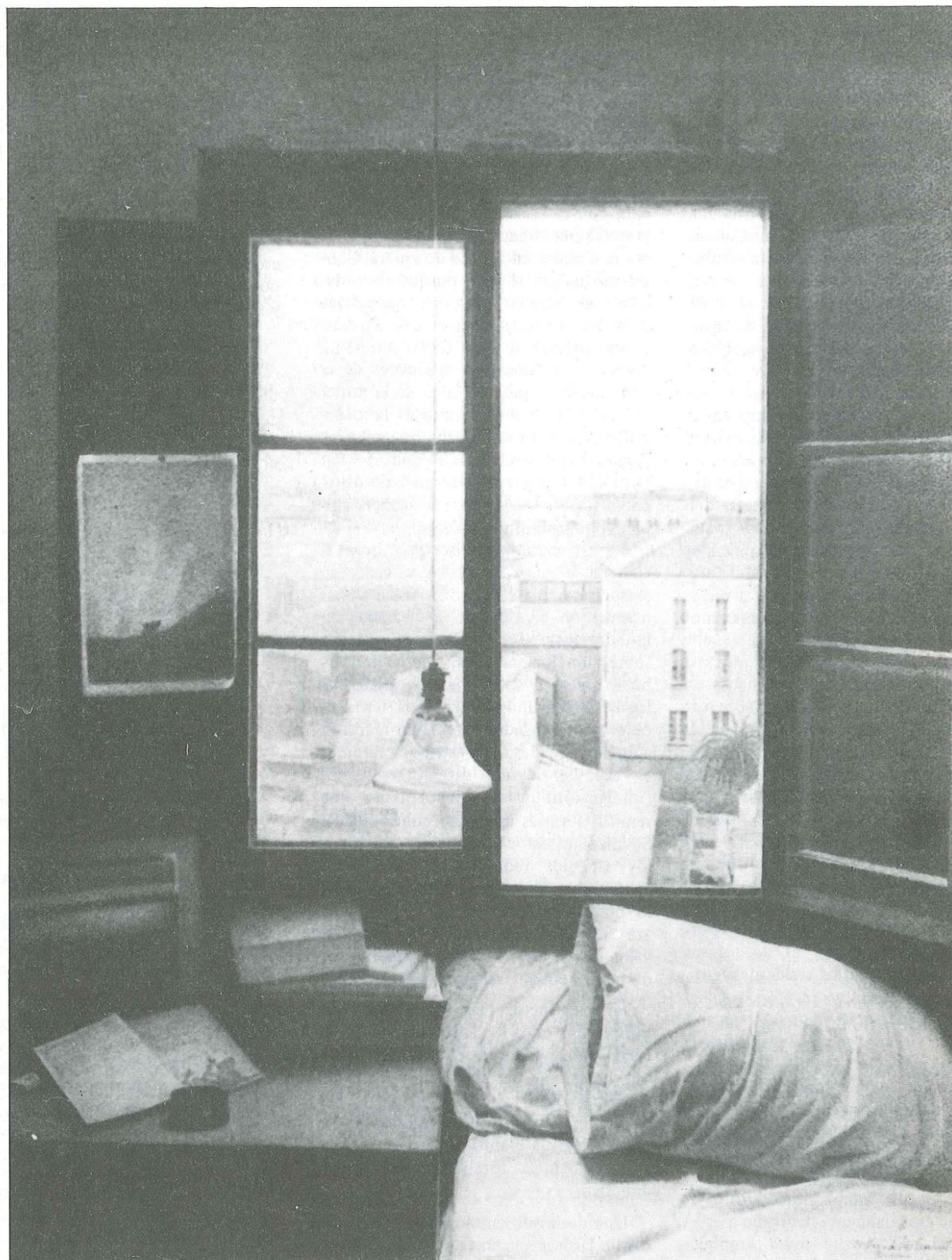
de fiar en cuanto a puntualidad, siempre se quedaban más tiempo cuando era necesario. Las limitaciones presupuestarias redujeron su formación, que en un principio había sido pensada para proporcionarles oportunidades de promoción.

Desgraciadamente, nunca se intentó un análisis sistemático y empírico de este programa. De todas formas, las demandas de servicios fueron muy numerosas, más de la mitad de los usuarios eran monoglotas, personas de habla hispana, y los comentarios anónimos, escritos por los usuarios, fueron muy positivos en relación con la agencia y sus servicios.

NOTAS

- (1) En un estudio a nivel nacional el 71 por ciento había sido dirigido al centro por el médico, el 14 por ciento por sí mismos o por la familia y el 15 por ciento por otros (enfermeras, administración, asistentes sociales). Gordon y Rehr, 1979, citado por Mary Jane Norcross y Edith. H. Warner, "El envío de pacientes al servicio social médico: ¿es adecuado el actual sistema?". San Diego State University 1977. "Referring Patients to medical Social Service: Is the Present System Adequate?"
- (2) Norcross y Warner. Ver también Rosalind S. Miller y Helen Rehr, eds., SOCIAL WORK ISSUES IN HEALTH CARE (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1983).
- (3) Joseph, B. Kelley, "Lo que pueden aportar los servicios de Protección", "What Protective services Can Do", en Alfred Kadushin, ed., CHILD WELFARE SERVICES: A SOURCEBOOK (New York: McMillan, 1970).
- (4) Shelia B. Kamerman y Alfred J. Kahn, SOCIAL SERVICES IN THE UNITED STATES: POLICIES AND PROGRAMS (Filadelfia: Temple University Press, 1976).
- (5) Alfred J. Kahn, SOCIAL POLICY AND SOCIAL SERVICES, 2.^a ed. (N.Y. Randon House, 1979).

Convenios internacionales suscritos por España o cuya suscripción puede preverse para el futuro en materia de protección social



Dibujo de César Luengo

1.1. Convenios de la O.I.T. (1)

A) Ratificados

Entre los **Convenios de la O.I.T.** ratificados por España que se ocupan de esta materia, merecen destacarse los siguientes:

– Convenio n.º 19 (1925), sobre igualdad de trato de trabajadores nacionales y extranjeros en accidentes de trabajo.

– Convenio n.º 48 (1935), sobre conservación de los derechos de los trabajadores migrantes en materia de S. S. Reviste notable importancia ya que es la primera vez que la O.I.T. abordó en toda su amplitud los principios básicos de la coordinación internacional en materia de seguridad social.

– Convenio n.º 97 (1949) (revisado), sobre trabajadores migrantes. Este Convenio —no referido directamente a S. S.— tiene una gran importancia en este campo, ya que, en su virtud, cualesquiera trabajadores extranjeros, sea cual sea su nacionalidad, están equiparados a los españoles a efectos de su inclusión en la S. S. de nuestro país.

B) No ratificados

Tienen especial importancia los siguientes:

– El Convenio (n.º 118) relativo a la igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de Seguridad Social (1962).

– El Convenio (n.º 143) sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias) (1975).

– El Convenio (n.º 157) sobre el establecimiento de un sistema internacional para la conservación de los derechos en materia de Seguridad Social (1982).

– El Acuerdo europeo sobre la concesión de asistencia médica a personas en estancia temporal (1980).

1.2. Convenios del Consejo de Europa

A) Ratificados

– Convenio europeo de Asistencia Social y médica (1953).

– Acuerdo Provisional europeo sobre los regímenes de Seguridad Social relativos a la vejez, invalidez y sobrevivientes (1953).

– Estatuto jurídico del trabajador migrante (1977).

B) No ratificados

– Acuerdo Provisional europeo, con exclusión de los regímenes relativos a la vejez, invalidez y sobrevivientes (1953).

– Convenio europeo de Seguridad Social (1972).

1.3. Otros Convenios multilaterales (ratificados)

– Convenio iberoamericano de S. S. y Convenio iberoamericano de cooperación en S. S., ambos suscritos en Quito en 1978.

– Instrumento Andino de S. S., suscrito en Lima en 1979.

– Convenio trilateral entre España, Francia y Alemania.

– Convenio trilateral entre España, Francia y Portugal.

LA COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA

1.4. Los reglamentos comunitarios 1408/71 y 574/72

1.4.1. Breve referencia histórica

Entre 1954 y 1957 la Comunidad Europea del Carbón y del Acero (CECA) se dedicó, de conformidad con la disposición correspondiente del Tratado de París (que la había creado), a buscar

arreglos entre sus Estados miembros para lograr que las normas de Seguridad Social no constituyeran un obstáculo a los desplazamientos de la mano de obra. Fruto de estos trabajos fue la firma de un convenio multilateral en 1957 que, con algunas adaptaciones posteriores, se convirtió el 16-12-1958 en el Reglamento n.º 3 del Consejo de las CEE, al cual siguió el Reglamento n.º 4, que fijaba las normas administrativas de aplicación del anterior.

Los Reglamentos números 3 y 4 fueron modificados y completados por otros posteriores. Finalmente, todos ellos fueron sustituidos por el Reglamento 1.408/71, de 14-6, “relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores asalariados y a sus familias que se trasladan en el seno de la Comunidad”, y el Reglamento 574/72, de 21-3, “que fija las modalidades de aplicación del anterior”.

Con posterioridad se dictaron diversos Reglamentos modificativos. Las modificaciones más importantes se produjeron en 1972 (con ocasión de la entrada de Dinamarca, Gran Bretaña e Irlanda en la CEE) y en 1981 (en que, por el Reglamento 1.390/81, de 12-5, se extendió a los trabajadores por cuenta propia y a sus familias la aplicación del Reglamento 1.408/71). Para obviar las

(1) Una descripción exhaustiva de las normas de la O.I.T. sobre Seguridad Social de los extranjeros y migrantes puede verse en: Guy PERRIN: “Los principios de Seguridad Social internacional”, en “La Seguridad Social Española y la adhesión a las Comunidades Europeas: Problemas de armonización y coordinación” (publicación del Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social, Madrid, 1981). Con posterioridad a la publicación de este artículo se ha aprobado el importantísimo Convenio (n.º 157) sobre el establecimiento de un sistema internacional para la conservación de los derechos en materia de Seguridad Social (1982).

DOCUMENTACION

dificultades de comprensión de todo este conjunto de normas, se ha realizado una codificación de las mismas bajo el título de "Recopilación de disposiciones comunitarias sobre Seguridad Social" (última edición de 1983), a la cual deberá remitirse el lector interesado.

Dado que el Reglamento 574/72 no contiene más que normas de aplicación del Reglamento 1.408/71, nos referiremos únicamente a este, incluidas las modificaciones introducidas en el mismo.

1.4.2. Estructura

El Reglamento 1.408 responde al mandato del artículo 51.º del Tratado de Roma, según el cual el Consejo debe adoptar las medidas necesarias en materia de Seguridad Social para lograr la libre circulación de los trabajadores y de sus derechohabientes, mediante la totalización de los períodos de seguro cubiertos en todos los países y el pago de las prestaciones a las personas que residen en los territorios de los Estados miembros.

Los Reglamentos sobre Seguridad Social de trabajadores migrantes, que como todos los Reglamentos comunitarios son directamente aplicables en los Estados miembros, han dado lugar a una abundante jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las CEE (152 sentencias entre 1964 y enero de 1983), que han servido para precisar la interpretación de sus preceptos.

El Reglamento 1.408/71 es un convenio multilateral de Seguridad Social completo y sumamente complejo, que consta de 99 artículos divididos en 7 títulos:

1.º) Disposiciones generales: definiciones ámbito de aplicación personal y material, igualdad de trato, etc.

2.º) Determinación de la legislación aplicable.

3.º) Disposiciones específicas sobre las diversas prestaciones (enfermedad y maternidad, invalidez, etc.).

4.º y 5.º) Comisión administrativa para la Seguridad Social de los trabajadores migrantes y Comité consultivo para la Seguridad Social de los trabajadores migrantes.

6.º) Disposiciones diversas: colaboración administrativa, etc.

7.º) Disposiciones transitorias y finales.

1.4.3. Principios rectores

a) **Campo de aplicación personal.** El Reglamento 1.408 se aplica a los traba-

jadores (asalariados y autónomos) que sean súbditos de los Estados miembros (o bien refugiados o apátridas que residan en dichos Estados) siempre que estén o hayan estado sometidos a la legislación de uno o varios Estados miembros. También se aplica a los familiares y supervivientes de dichos trabajadores.

b) **Campo de aplicación material.** El Reglamento 1.408 se aplica a:

— todas las legislaciones;
— relativas a todas las ramas de la Seguridad Social (enfermedad y maternidad, invalidez, vejez, supervivencia, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, desempleo y prestaciones familiares);

— aplicables a los regímenes generales y especiales, contributivos y no contributivos, así como a los regímenes relativos a las obligaciones del patrono o armador (en este último caso —obligaciones del armador— con ciertas limitaciones);

— excepto los regímenes especiales de funcionarios públicos;

— excepto los regímenes de protección a víctimas de guerra, y

— excepto la asistencia social y médica.

c) **Determinación de la legislación aplicable.** El Reglamento 1.408 prescribe que el trabajador no esté sometido más que a una legislación, que es normalmente la vigente en el territorio del Estado en que está ocupado, aunque resida en otro, con las excepciones clásicas (marineros, diplomáticos, etc.).

d) Las disposiciones específicas referentes a las distintas prestaciones se ocupan detalladamente de todas ellas, ofreciendo a veces distintas soluciones en función de las soluciones adoptadas por la legislación interna de cada país (p. e., en materia de invalidez, según que el importe de la pensión dependa o no de la duración de los períodos de seguro).

A este respecto debe tenerse en cuenta que la complejidad de las soluciones deriva del hecho de que se trata de un convenio multilateral válido para coordinar todas las posibles combinaciones entre los 10 países miembros, cuyas legislaciones responden a varios modelos diferentes (p. e., mientras Alemania dispone de un sistema de Seguridad Social de tipo contributivo, en el que el derecho a prestaciones deriva de la acreditación de cotizaciones, Dinamarca, por el contrario, se rige por un sistema

de tipo no contributivo, en el que lo determinante es la residencia).

e) Si bien el Reglamento 1.408 es aplicado directamente por las Instituciones competentes de los Estados miembros, su interpretación jurídica unitaria, así como el control administrativo, son conseguidos a través de diversos órganos comunitarios, comunes o específicos, que son, básicamente, el Tribunal de Justicia y la Comisión Administrativa para la Seguridad Social de los trabajadores migrantes.

f) **Igualdad de trato.** En la medida en que residan en el territorio de un Estado miembro, y salvo algunas excepciones relativas a determinadas prestaciones (desempleo, sobre todo), las personas a las que se aplica el Reglamento se benefician de la igualdad de trato respecto de las legislaciones de cualquier Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de éste.

g) **Derogación de la regla de territorialidad.** A reserva de disposiciones específicas del Reglamento (sobre todo en materia de asistencia sanitaria y desempleo), ninguna prestación adquirida en base a la legislación de uno o varios Estados miembros puede verse afectada por el hecho de que el beneficiario resida en el territorio de un Estado distinto a aquel en que se encuentra la Institución deudora. Con objeto de evitar que esta regla de derogación de la territorialidad pueda conllevar una sobreprotección injustificada (p. e., una prestación por haber pagado cotizaciones en un país y otra de igual naturaleza por residir en otro país), el Reglamento contiene reglas muy detalladas.

1.4.4. Importancia para España de los Reglamentos comunitarios sobre seguridad social de trabajadores migrantes

Los Reglamentos comunitarios sólo son aplicables a los países miembros de la CEE, por lo que aún no afectan a España. Pero una vez realizada la adhesión a la Comunidad Europea, nos serán automáticamente aplicables. Más aún, sustituirán a todos los niveles bilaterales suscritos actualmente por España con los países de la Comunidad. En general, los Reglamentos comunitarios son más favorables para los migrantes que los convenios bilaterales, y desde luego más sencillos.

1.5. Convenios bilaterales

Constituyen el núcleo de la actual Seguridad Social española. Aunque su

estructura es similar, sin embargo su contenido es bastante dispar.

A) Ratificados

— Con todos los países de las CEE, salvo Dinamarca, Irlanda y Grecia.

— Con los siguientes países europeos no comunitarios: Andorra, Austria, Portugal, Suiza y Suecia.

— Con los siguientes países americanos: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Méjico, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Estados Unidos (sólo se trata en este caso de un Tratado de reciprocidad).

— Coñ Marruecos.

Los Convenios antes citados, con escasas excepciones, han sido completa-

dos por Acuerdos administrativos para su aplicación.

B) Pendientes de publicación, de ratificación o en fase de negociación

— Dinamarca.

— Noruega, Finlandia y Yugoslavia.

— Canadá y Venezuela.

V CONGRESO ESTATAL DE TRABAJADORES SOCIALES (Asistentes Sociales)

22-25 noviembre 84
Leioa - Vizcaya

BIENESTAR SOCIAL ¿UNA UTOPIA?

V CONGRESO ESTATAL DE TRABAJADORES SOCIALES (asistentes sociales)

22-25 noviembre 84
Leioa - Vizcaya

As. Ojitos ECUADOR Leioara. 1. Tel. (94) 418 02 25 - Bilbao 6. Secretario: Gran Vía, 19 21, 7.º Dpto. 13 - Bilbao 1. Tel. (94) 418 07 40

revista de **SERVICIOS SOCIALES y Política Social**
doctor cortezo, 11, 2º 28012 - madrid

Información a los suscriptores

El precio de suscripción para España por tres números, de aparición cuatrimestral, incluidos gastos de envío por correo ordinario, es de 1.000 pesetas en general y 800 pesetas para estudiantes y colegiados. Este precio es de 1.300 pesetas para los restantes países.

Las solicitudes de suscripción deben formularse cumplimentando el boletín adjunto.

REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL

Tarifa 3 números:

Por giro postal:

España. 1.000 ptas.
Colegiados y Estudiantes. 800 ptas.
Extranjero. 1.300 ptas.

Por talón:

España. 1.075 ptas.
Colegiados y Estudiantes. 975 ptas.
Extranjero. 1.475 ptas.

Nombre.
Dirección.
Ciudad.
D. P.
Provincia.

Colegiado o estudiante: Si No
Teléfono

FORMA DE PAGO:

Adjunto talón n.º
 Giro postal n.º

FEDERACION INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES

LISTA DE PUBLICACIONES

I. AUSTRIA. OSTERREICHERISCHER BERUFSVERBAND DIPLOMATER SOZIALSRBEIER.

- Boletín: Nueve organizaciones tienen su propio boletín, gratuito, cuatro a seis veces al año.
- Ponencias de seminarios y conferencias: se incluyen en boletines y periódicos profesionales.
- Periódico Profesional: "SIO" (Trabajo Social en Austria), trimestral. 40 chelines austriacos por ejemplar; 150 anuales, más gastos de envío. Editado por la federación, gratuito para los miembros de la misma.
- Declaraciones políticas: normalmente incluidas en el periódico, ocasionalmente se distribuyen gratuitamente.
- Informes ocasionales: invitaciones a seminarios y simposios, información urgente para todos los miembros, gratuitamente.
- Señas: Osterreichischer Berufsverband A-1050 Viena, Arbestergasse, 26, Austria.
- Persona encargada: Brigitte Fagner, secretaria general; los responsables son los miembros del consejo de dirección.
- Otras observaciones: Posibilidad de intercambio gratuito con otras publicaciones.

II. AUSTRALIA. AUSTRALIAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (Asociación Australiana de Trabajadores Sociales)

- Boletines: varios, dependientes de las federaciones.
- Ponencias de seminarios y conferencias: después de cada conferencia bianual.
- Periódico Profesional: *Australian Social Work*, trimestral.
- Señas: AASW P.O. Box 258, Civic Square, 2608, A.T.C. Australia.
- Persona encargada: secretario federal.

III. GRAN BRETAÑA. BRITISH ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (Asociación Británica de Trabajadores Sociales).

- Boletín: *Social Work Today*, a la vez boletín de la asociación y revista de trabajo social.
- Periódico Profesional: *British Journal of Social Work*, 6 números al año.
- Ponencias de seminarios y conferencias (v. lista de publicaciones).
- Señas: BASW 16 Kent Street, Birmingham, RS6RD, UK.
- Persona encargada: David Swysland.

IV. CANADA. CANADIAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. 55 Parkdale Ave. Ottawa. Ontario. Canadá KY YIES.

- Boletín: N/A.
- Seminarios/conferencias, informes y ponencias; Ponencias sobre: "Simposio sobre violencia inter-matrimonial", 1980, en inglés y francés. "Tratamiento familiar".
- Resoluciones: 1. 1983, "Resolución sobre práctica de trabajo social con mujeres maltratadas y sus familias", (bilingüe, en francés e inglés). 2. "Revista de Servicios Sanitarios", 1979; 3. "Servicios Sociales en Hospitales", 1980. 4. "Servicios Sociales en instituciones de salud mental", 1980. 5. "Servicios Sociales en servicios complementarios", 1980.
- Informes ocasionales: N/A.
- Persona encargada de las publicaciones: Ms. G. J. Cowanlok, directora ejecutiva.

V. CHILE. COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES DE CHILE AG CHILE

- Hoja informativa: Solamente circulares sobre resoluciones y actividades.
- Resumen de seminarios y conferencias: conclusiones alcanzadas durante los congresos y seminarios celebrados. Cinco acontecimientos desde 1976 a 1982.
- Revistas profesionales: no se ha publicado revistas debido a la falta de presupuesto. Los dos últimos boletines se publicaron en 1976 y 1980. Se nos ha concedido algún espacio en la "Revista de Trabajo Social de la Escuela de Trabajo Social".
- Documentos políticos: Desarrollo social. Salud, Bienestar en los pequeños municipios.
- Documentos publicados ocasionalmente: Libretas sobre proyectos sociales. Significado, finalidad y responsabilidad profesional del Trabajo Social. Planes para la Asistencia Social. Actualmente se está imprimiendo un libro sobre investigación social y estadística.
- Señas: Diecioche, n.º 45, 4.º piso, Dpto. A. Santiago, Chile.
- Persona responsable de las publicaciones: María Solís Milessi, presidenta del Colegio de Asistentes Sociales, de A.C.

VI. ESPAÑA

1. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 3 al año.

Señas: Doctor Cortezo, 11 - 2.º. Teléfono 468 37 06. 28012 Madrid.

Coordinador General de la Publicación: Balbino Pardavila.
2. *Revista de Trabajo Social*, editada por el Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.
Señas: Portaferrija, 18 - 1.º. Teléfono 317 55 43. 08002 Barcelona.

Directora: Beneta Llopis.

VII. FINLANDIA. SOSIAALITYONTEKIJAI, Liitto ry. Finlandia.

- Boletín: *Sosiaalityöntekijä*, 12 números del año, 50 marcos finlandeses.
- Informes y ponencias de seminarios y conferencias: Seminario de entrenamiento para el trabajo social (2 días).
- Publicación profesional: Anuario de trabajo social.
- Documentos políticos: Resoluciones sobre enseñanza, sueldo, organización, servicios de información, asuntos internacionales.
- Informes ocasionales: Informe sobre el trabajo de la paz.
- Señas: Sosiaalityöntekijain Liitto ry, Rautatööläisenkatu 6, Helsinki 52, Finlandia.
- Persona encargada: Aulikki Kananoja, redactor jefe. Ritva Hjorth, información.

VIII. ALEMANIA FEDERAL. DEUTSCHER BERUFSRERBAND DER SOZIALARBEITER UND SOZIALPADAGOGEN (DES)

- Boletines: *Pressedientst DBS*. De 5 a 10 números anuales gratuitos, sobre problemas actuales.
- Informes y ponencias de seminarios y conferencias: Informes para la prensa. Informes completos en la prensa profesional.
- Publicación Profesional: "Der Sozialarbeiter" (El Trabajador Social), 6 al año.
- Documentos políticos: Se envían al Gobierno y a otras instituciones consideradas como VIPs y a los miembros del Parlamento.
- Informes ocasionales: 1. Berufsbild; 2. Berufscodex; 3. DBS. Información sobre la asociación profesional.
- Señas: BDS Essen Schwytzanbahn 17, D 4300 ESSEN 1. Alemania Federal.
- Persona encargada: Prof. Else Fvnk, presidente del DBS.

IX. GRECIA. ASOCIACION GRIEGA DE TRABAJADORES SOCIALES

- Boletín: "Newsletter", 9 a 10 números al año. No tiene precio.
- Informes y ponencias de seminarios y conferencias: Programas y conclusiones de la 2.ª Conferencia Panhelénica de Trabajadores Sociales.
- Publicación Profesional: Ninguna de momento. Hay una en estudio.
- Documentos políticos: Presentados a los ministros del Gobierno griego y relativos a: a) proposición de reorganización del servicio sanitario; b) oposición sobre trabajo social en los colegios; c) sobre establecimiento de servicios sociales en los gobiernos locales griegos; d) el trabajo social como estudio de nivel universitario.

- Informes ocasionales: a) condiciones de vida de los ancianos en Grecia; b) impacto de la crisis económica en los servicios sociales en Grecia.

- Señas: Greek Associations, Kratinon 7, Atenas, Grecia.
- Persona encargada: no es preciso.

X. HONG KONG. HONG KONG SOCIAL WORKERS' ASSOCIATION (Asociación de Trabajadores Sociales de Hong Kong)

- Boletín: 6 al año.
- Informes o ponencias de seminarios y conferencias: Trabajo Social y Acción Social; ponencias del 16 Simposio de IFSW, 1970.
- Publicación Profesional: *The Hong Kong Journal of Social Work*, (El diario de Trabajo Social de Hong Kong). 2 números al año, \$20, incluyendo gastos de envío.
- Documentos políticos: Estatuto.
- Informes ocasionales: Servicios sociales en Guangzhou, informe de un viaje de estudios, dic. 1982 (escrito en chino).
- Señas: 15 Hennessy Road, Room 703, Hong Kong.
- Persona encargada: Presidente y comité de publicaciones.
- Observaciones: Los artículos del Journal se escriben en inglés y chino.

XI. IRLANDA. IRISH ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (Asociación Irlandesa de Trabajadores Sociales)

- Boletín: *The Irish Social Worker* (El trabajador social irlandés). 4 números al año.
- Publicación Profesional: *Worker* condensado.
- Informes y ponencias de seminarios y conferencias: Se informa sobre ello en el boletín y las publicaciones profesionales.
- Documentos políticos: Depresión mental, adolescencia, trabajo comunitario, atención a la infancia, adopción.
- Informes ocasionales: La función del trabajador social en un hospital general.
- Señas: I.A.S.W., R-208, Liberty Hall, Dublin-1.
- Persona encargada: Consejo Editorial, I.A.S.W. R-208, Liberty Hall. Dublin 1.

XII. ISRAEL. ISRAEL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (Asociación de Israel de Trabajadores Sociales)

- Boletín: no tienen.
- Informes o ponencias de seminarios y conferencias: Informe anual (libro).
- Documentos políticos: El material político adecuado a los temas puntuales.
- Informes ocasionales: v. más arriba.
- Señas: Israel Association of Social Workers, Histadrut Building, Tel-Aviv, Israel.
- Persona encargada: Mettiz Maya.
- Observaciones: Todo lo que se publica está en hebreo.

XIII. COREA. KOREAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (Asociación Coreana de Trabajadores Sociales)

- Boletín: *Boletín de los trabajadores sociales*, publicado bimensualmente, gratuito.
- Informes y ponencias de seminarios y conferencias: El tema del 10.º seminario era "La política del bienestar social hacia la construcción de la sociedad del bienestar de 1980".
- Señas: Bong Chun Dong, 722-3, Kwan AK Gu, Seúl Corea, Tel. 878 81 22/4.
- Persona encargada: Din Sik Min.

XIV. LUXEMBURGO. ASSOCIATION NATIONAL DES ASSISTANTES D'HYGIENE SOCIAL (Asociación nacional de Asistentes de higiene social).

- Boletín de información: 6 por año.
- Informes o ponencias de seminarios y conferencias: Incluidos en el boletín de información.
- Informes ocasionales: Organización de la planificación de los servicios sociales. Mesa redonda sobre el servicio social de alojamiento hospitalario.
- Señas: Association, 10 Avenue Guillaume, Luxembourg.
- Persona encargada: Martin Christiane, A4 Bud. Salentiny, Luxemburg-Cents.

XV. FILIPINAS. PHILIPPINE ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (PASW). (Asociación Filipina de Trabajadores Sociales).

- Boletín: **PASW Bulletin**, trimestral.
- Informes o ponencias de seminarios y conferencias: Country Report (Informe general del país), presentado para su aprobación a la Conferencia de Brighton, 1982.
- Publicación Profesional: **PASW Journal**, trimestral.
- Philippine Encyclopedia of Social Work** (enciclopedia filipina de trabajo social), publicada cada 7 años. La última es de 1983.
- Informes ocasionales: Los correspondientes al seminario asiático regional de Bangkok y la conferencia bianual del PASW de 1983.
- Señas: Mrs. Saturnina L. Halili, presidenta de la Asociación Filipina de Trabajadores Sociales, 389 San Rafael Corner Legarda, Manila, Filipinas.
- Persona encargada: Mrs. Telma Lee Mendoza, editora, **Social Work Journal**; Mrs. Evelyn B. Serrano, secretaria ejecutiva; Sis. Teresa Lirio, d. c. presidenta. Publicaciones: Comité de investigación.

XVI. HOLANDA. NEDERLANDSE ORGANISATIE VAN WELZIJSWERKERS (NOW) - (Asociación Holandesa de Trabajadores Sociales).

- Boletín: **NOW-News** (Noticias NOW), 11 números al año
- Seminarios, etc.: v. lista de publicaciones.
- Publicación Profesional: **Berichten Bedrijfsmaatschappelijk Werk** (Revista profesional de los trabajadores sociales de la industria). Trimestral.
- Documentos políticos, informes, ponencias, etc.: v. lista de publicaciones.
- Informes ocasionales: V. lista de publicaciones.
- Señas: NOW, Oudegracht 46 bis, 3511 Ar Utrecht, Holanda.
- Persona encargada: P. E. Roosenstein.

XVII. NUEVA ZELANDA. NEW ZEALAND ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (Asociación de Trabajadores Sociales de Nueva Zelanda)

- Boletín: **Newsletter**, bimensual, publicado por primera vez en 1975.
- Publicación profesional: Revista trimestral, publicada por primera vez en 1977.
- Señas: P. O. Box 68 027. Newton, Auckland.
- Persona encargada: Ms. Gillian Johnston & Ms. Sue Kemp.

XVIII. SUECIA. SOCIONAM FO ABONE (Asociación sueca de Graduados y Asistentes Sociales)

- Boletín: **Socialt Arbete** (Trabajo Social), 125 números al año.
- Persona encargada: Xeif Holgeisson.
- Señas: Box 16195, 10324, STOKHOLM, Suecia.

XIX. SUIZA. ASOCIACION SUIZA DE EDUCADORES Y TRABAJADORES SOCIALES

- Publicación Profesional: **Travail Social** (Trabajo Social), 12 números al año, bilingüe alemán-francés, 54 Sfr. para Suiza, 59 Sfr. para el extranjero.
- Señas: Swiss Association of Social Workers & Educators, P.O.B. 18, Ch. 3000 Bern 14.
- Persona encargada: Mr. Ernst Santschi para la edición en alemán. Mar. Gerald Progin, para la edición en francés.

XX. TAILANDIA. THE SOCIAL WORKERS' ASSOCIATION OF THAILAN (Asociación de Trabajadores Sociales de Tailandia).

- Informes o ponencias sobre seminarios o conferencias: Informe sobre el seminario de bienestar laboral.
- Informes ocasionales: 1. Práctica de trabajo social (Thai) B 35. 2. Teoría sobre práctica de trabajo social (Thai) B 20. 3. Ciencias para el trabajo social (Thai) B 45.
- Señas: The Social Workers' Association of Thailand, Mahidol Building Rajvithi Road, Bangkok 10400 Thailand.
- Persona encargada: Miss Tasanee Thaiapirom.
- Otras observaciones: Todas las publicaciones se editan en tailandés.

